

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**AS DORES CORPORAIS NA FIBROMIALGIA: REFLEXÕES
PSICANALÍTICAS**

RENATA SORAYA COUTINHO DA COSTA

**RECIFE
2009**

RENATA SORAYA COUTINHO DA COSTA

**AS DORES CORPORAIS NA FIBROMIALGIA: REFLEXÕES
PSICANALÍTICAS**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica, pela Universidade Católica de Pernambuco, Linha de Pesquisa Psicopathologia Fundamental e Psicanálise

Orientadora: Prof^ª. Dra. Edilene Freire de Queiroz

RECIFE
2009

C837d Costa, Renata Soraya Coutinho da
As dores corporais na fibromialgia : reflexões psicanalíticas /
Renata Soraya Coutinho da Costa ; orientador Edilene Freire de
Queiroz, 2009.
105 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação. Curso de Mestrado em
Psicologia Clínica, 2009.

1. Psicologia clínica. 2. Fibromialgia - Aspectos psicossomáticos.
3. Energia psíquica (Psicanálise). 4. Ego (Psicologia). 5. Psicanálise.
6. Dor. I. Título.

CDU 159.964.2

**AS DORES CORPORAIS NA FIBROMIALGIA: REFLEXÕES
PSICANALÍTICAS**

RENATA SORAYA COUTINHO DA COSTA

Dissertação aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Edilene Freire de Queiroz

Prof. Dr. Marcos Túlio Caldas

Prof. Dr. Carlos Henrique Ferraz

AGRADECIMENTOS

As dificuldades que permearam a construção deste trabalho impedem que o primeiro agradecimento não seja direcionado à minha orientadora, professora Edilene Freire de Queiroz. Graças ao seu empenho, presteza e acessibilidade, uma fisioterapeuta foi capaz de elaborar um texto que versa sobre um tema tão complexo e distinto do seu universo: a psicanálise.

A elaboração desta pesquisa também contou com a ajuda de todos os colegas e professores da nona turma de Mestrado em Psicologia Clínica, e em especial, e com a finalidade de representá-los, cito os nomes do professor Zeferino Rocha e da professora Nanette Frej que através de suas disciplinas desvendaram junto comigo esse universo fascinante.

Um agradecimento especial também a Marcelo Bayma que cumpriu com afinco seu importante papel de marido, companheiro e por vezes revisor de referências bibliográficas. A felicidade de dividir a vida com ele foi, muitas vezes, o alento necessário no meio da tempestade.

Fico feliz em poder reconhecer também o empenho da minha mãe, Jeane, como incentivadora e patrocinadora do mestrado, a ela o meu sincero agradecimento. Se hoje me sinto capaz de alçar vôos mais ousados, devo muito ao seu apoio e suporte de toda vida.

Gostaria também de agradecer aos meus filhos, Kleber e Davi, razão pela qual me esforço desde os seus nascimentos. Espero que minha ausência nesses dois anos seja compreendida por eles e reflita-se como motivo de orgulho no futuro. Que o meu esforço e empenho possa despertar neles a curiosidade pelo aprendizado daqui a alguns anos.

Para finalizar, estendo minha gratidão aos pacientes e colegas do ambulatório de fisioterapia do Hospital da Polícia Militar de Pernambuco, em particular aos amigos Paulo Ralino e Rita Ângelo, que nesses anos me forneceram um grande suporte emocional e profissional, contribuindo assiduamente com a construção dessa dissertação. Além deles estendo esse agradecimento aos colegas professores da Universidade Salgado de Oliveira, onde encontro o apoio e o incentivo necessários para continuar na caminhada. Espero representar a todos nas pessoas de Renata de Camargo, Juliana Santos, Ana Karlla Bandeira, Andréia Reis e Moisés Ferreira, e ao nosso inesquecível parquinho.

RESUMO

A fibromialgia pode ser conceituada como uma enfermidade reumatológica caracterizada pela presença de pontos dolorosos anatomicamente definidos, dor crônica, fadiga, distúrbio do sono e depressão entre outros achados. Controvérsias cercam a etiologia e os fatores desencadeantes e agravantes dessa síndrome que acomete preferencialmente mulheres entre 30 e 60 anos. O presente estudo se propõe aprofundar a análise dos sintomas fibromiálgicos e sua relação com a unidade do corpo psicossomático, sob um ponto de vista transdisciplinar. Trata-se de uma pesquisa psicanalítica, na qual analisamos diários de campo e histórias de vida de três pacientes do sexo feminino atendidas no ambulatório de fisioterapia do Hospital da Polícia Militar de Pernambuco. Buscamos, através do arsenal teórico freudiano, distinguir um corpo próprio da psicanálise. Para nos auxiliar nessa empreitada contamos com as contribuições de outros autores contemporâneos com trabalhos relevantes tais como: Paul-Laurent Assoun, Didier Anzieu, Juan-David Nasio e Maria Helena Fernandes. Nossa pesquisa está vinculada ao Projeto de Pesquisa sobre O Social e as Psicopatologias do corpo, desenvolvido na Linha de Pesquisa Psicopatologia Fundamental e Psicanálise do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, que se propõe a analisar o circuito pulsional nas psicopatologias do corpo, configuradas no contexto social contemporâneo.

Palavras Chave: Ego Corporal, Psicossomática, Pulsão, Fibromialgia, Dor.

ABSTRACT

Fibromyalgia may be considered to be a rheumatic syndrome characterized by chronic pain, fatigue, sleep disorders, depression and painful, anatomically defined sites. Although the etiology and etiological factors are controversial, this syndrome affects preferentially women between 30 and 60 years old. The purpose for this study was to analyze the symptoms of the fibromyalgia and their correlation with the psychosomatic body unit, from an interdisciplinary point of view. It was a psychoanalytical study in which we have analyzed field diary and life history of three female patients from the Physical Therapy Clinic of the Military Police of Pernambuco Hospital. The Freudian literature helped us to distinguish our own psychoanalytic study line. In addition, we have used literary works from other contemporary authors, such as Paul-Laurent Assoun, Didier Anzieu, Juan-David Nasio and Maria Helena Fernandes. This study is part of the research called 'The Social and the Body Psychopathology', in which the goal is to analyze the circuit of the drive in the psycho diseases of the body related to a social-contemporary context; and it is linked to the Fundamental Psychopathological and Psychoanalysis Research Group of the Psychological Post-Graduation Program of the Catholic University of Pernambuco.

Key words: Corporal ego, Psychosomata, Drive, Fibromyalgia, Pain.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. O PARADIGMA PSICOFÍSICO E AS PATOLOGIAS CONTEMPORÂNEAS	14
2. A COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DO SINTOMA CORPORAL	24
3. CARACTERIZAÇÃO DA FIBROMIALGIA	46
3. 1. O ponto de vista das ciências da saúde.....	47
3. 2. A FM como uma patologia que requer uma visão multidisciplinar	59
3. 3. A literatura psicanalítica sobre a fibromialgia.....	62
4. FIBROMIALGIA: DISCURSOS E INTERPRETAÇÃO PSICANALÍTICA	66
4.1. O percurso metodológico.....	67
4.2. Histórias clínicas	69
4.3. Realçando alguns pontos	73
4.4. Discursos sobre a dor.....	76
4.5. Comorbidades na Síndrome Fibromiálgica	90
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	98

INTRODUÇÃO

Indivíduos, aparentemente saudáveis, com exames laboratoriais e de imagem inconclusivos ou negativos, mas com sintomas incapacitantes como a dor, são diagnosticados com a síndrome conhecida por Fibromialgia. Este quadro despertou nosso interesse, pela complexidade e incertezas diagnósticas, no que se refere à identificação dos sintomas: se exclusivamente físicos e psíquicos ou psicofísicos. Tal questão é de fundamental importância para a direção do tratamento e indicação da terapêutica.

Durante mais de dez anos de atendimento ambulatorial como fisioterapeuta, portanto “terapeuta corporal”, no Hospital da Polícia Militar de Pernambuco, observamos, cada vez mais frequentes, os diagnósticos de fibromialgia (FM) com respostas e resultados nem sempre satisfatórios. No decorrer desse período, nos deparamos com casos clínicos na sua maioria complexos, nos quais as inter-relações de disfunção psicossomáticas não estão perfeitamente descritas e estabelecidas na literatura sobre FM. A elucidação das queixas sintomatológicas psíquicas e a prática como fisioterapeuta, mobilizando e manipulando tecidos orgânicos, tem nos levado à (re)descoberta do corpo enquanto agregador do sentido da união psico e soma.

Mas na verdade de que forma se faz a escuta da queixa desse paciente? Até que ponto o profissional de saúde está habilitado para um diagnóstico clínico que exija dele não apenas o conhecimento do funcionamento orgânico e da fisiopatologia da doença, mas a observação de sintomas que fogem dessa esfera, atingido e sendo constantemente permeado pelo psiquismo? A solução a essas questões ainda não parece bem estabelecida. A medicina muito evoluiu em procedimentos cirúrgicos e em pesquisas farmacológicas, mas ainda precisa avançar quando a patologia a ser investigada e tratada se encontra na intersecção entre soma e psique. Diante do dano tecidual evidenciável tudo é mais simples, tornando-se sempre complexo quando a queixa não vem antecedida por uma disfunção ou lesão estrutural ou anatômica detectável.

Historicamente, os primeiros relatos de síndromes semelhantes à FM datam, de acordo com Marques (2004), da primeira metade do século XIX. Porém apenas no final do século XX foi utilizado o termo fibromialgia para definir uma série de sintomas físicos categorizados a partir daí. Apesar de não ser uma síndrome de descoberta tão recente e de muito já termos avançado em seu estudo, permanece ainda controversa. Há diferentes pontos de vista quanto à sua etiologia e tratamento e inclusive quanto à validação do diagnóstico e categorização nosográfica. Tais divergências, embora não sejam objeto primário desse estudo, ajudam no

entendimento desta síndrome e corroboram para destacar a relevância do tema, justificando a necessidade de maiores estudos, como este que estamos empreendendo.

A FM foi conceituada por Wolfe et al., em 1990, citado por Marques (2004, p.1) como sendo “uma síndrome de dor difusa e crônica, caracterizada pela presença de pelo menos 11, dos 18 pontos anatomicamente específicos, chamados de *tender points*, dolorosos à palpação de pelo menos 4 kgf” (medida que se refere à força de palpação no ponto doloroso com o uso de um dolorímetro). Marques (2004) cita que a maior prevalência da síndrome é de mulheres em torno de 50 anos de idade, sendo ainda uma patologia que não se apresenta em grupos étnicos ou socioculturais específicos, ou seja, pode acometer na sua maioria o sexo feminino, de qualquer raça, além de não ter como prevalência nenhuma classe social ou nível cultural exclusivos.

Além da dor, como o sintoma mais marcante, os pacientes em geral apresentam outras comorbidades em diferentes esferas orgânicas e psíquicas, dentre elas podemos destacar: modulação dos sintomas por estresse e ansiedade, distúrbios do sono, depressão, fadiga generalizada, rigidez muscular e articular, cefaléia crônica, síndrome do intestino irritável, edema subjetivo e sensações parestésicas. A diversidade sintomatológica associada à negatividade dos exames laboratoriais e de imagem desencadeia uma dificuldade no diagnóstico que aumenta a ansiedade e o descrédito em torno do problema. A complexidade das manifestações clínicas tem sido relacionada à procura de diversas especialidades médicas até a obtenção do diagnóstico. As mesmas queixas podem ser diagnosticadas de diferentes maneiras: pelo reumatologista, como fibromialgia, ou tendinites e bursites; pelo neurologista, como cefaléia tensional e enxaqueca e pelo psiquiatra, como síndrome da fadiga crônica. Essas incertezas nos levaram a uma reflexão mais atenta sobre tais questões, considerando a perspectiva de corpo “psicossomático” adotada pela psicanálise.

A cada dia parece mais urgente a necessidade de distinguir, identificar, escutar com atenção, e em detalhes, o discurso de quem se queixa do próprio corpo. Nessa busca do saber ouvir, diariamente nos deparamos com a dificuldade de perceber o corrente discurso com a mesma precisão que Freud atentava às diferenças sobre como o corpo era falado pela histórica, pelo hipocondríaco e pelo doente somático. É imperativo, a quem se propõe tratar do corpo e da mente, saber ouvir e sentir sem relevar as queixas do paciente. Do contrário, tais profissionais contribuem para a potencialização da angústia psíquica e, do ponto de vista científico, para uma concepção de dissociação psicossomática que em nada contribui para o avanço nesse campo. Esse processo de busca de uma escuta mais atenta e integrada das causas e polissemias dos sintomas deve ser uma preocupação constante não só do profissional

psicanalista, como também, com um mínimo de compreensão dessa demanda, do profissional de saúde. É necessário que estejamos aptos a enxergar a dimensão psicossomática dos sintomas, a enxergar o corpo como sujeito de desejo e não somente como organismo na sua funcionalidade.

A proposta deste estudo é justamente aprofundar a análise dos sintomas fibromiálgicos e sua relação com a unidade do corpo psicossomático, sob um ponto de vista transdisciplinar. Essa visão é concebida por Nicolescu apud Pilla (2003), e se caracteriza pela interação e interlocução entre as disciplinas das ciências da saúde e psicologia, buscando não só aquilo que as une, mas também o que as atravessa, indo inclusive para além delas. Nosso objetivo geral é identificar, em pacientes com diagnóstico clínico de fibromialgia, a interrelação dos aspectos psíquicos e somáticos manifestados nas sintomatologias apresentadas, com base numa interpretação psicanalítica.

Nesse sentido nos propomos a oferecer contribuições para a compreensão dos determinantes psicológicos das enfermidades orgânicas, a partir do que já é consenso, ou seja, que a saúde do indivíduo é intimamente atravessada pela sua história de vida e pela forma como o sujeito é capaz de passar por ela.

No sentido de concretizarmos esse objetivo utilizaremos, no percurso do nosso trabalho, como ponto central do primeiro capítulo, um questionamento a respeito do paradigma psicofísico nas patologias contemporâneas. Entendemos que só com a adoção de um novo paradigma poderemos dar conta de determinadas patologias que, assim como a fibromialgia, parecem se colocar numa fronteira entre o corpo orgânico e o psiquismo.

Sem menosprezar o modelo cartesiano, convém considerar que, sob diversos aspectos, ele não atende a complexidade das patologias atuais. Nesse modelo, as ciências naturais foram valorizadas ao extremo e a experimentação científica multiplicou a produção de conhecimento, baseada no que considerava a primazia da reprodutividade do experimento, do apuro metodológico e do isolamento de variáveis. Esses princípios nortearam e continuam sendo defendidos até hoje, o que gera uma visão dicotomizada da relação mente/corpo.

No desfecho do referido capítulo sugerimos que, como referencial para a interpretação de patologias como a fibromialgia, possamos adotar a faixa de Moebius. Ávila (2002) propõe o uso desse modelo como sendo o que melhor descreve a íntima relação e impossibilidade de dissociação corpo-mente. Essa representação de incidências mútuas atende ao paradoxo corpo-mente, no qual dentro e fora se encontram, avesso e direito se comunicam, encarnando a inteligibilidade das manifestações psicossomáticas.

O segundo capítulo tem como questão nuclear distinguir a compreensão psicanalítica da dimensão corporal do sintoma. Buscaremos, através do arsenal teórico freudiano, distinguir um corpo próprio da psicanálise. Para nos auxiliar nessa empreitada contaremos com as contribuições de Maria Helena Fernandes, mais precisamente de sua obra *Corpo*. Tal obra servirá de fio condutor para esse capítulo, por considerá-la uma releitura consistente do pensamento freudiano e que, acima de tudo, condiz com a visão de corpo que pretendemos abordar nesse trabalho. Além disso, consideraremos outros autores contemporâneos com contribuições relevantes tais como: Assoun, Anzieu e Nasio. São autores que nos ajudarão a adentrar no texto freudiano e a extrair dele as reflexões pertinentes a corpo e dores corporais. Além do auxílio de outros autores que tenham contribuições pertinentes sobre o tema.

Nesse capítulo abordaremos o corpo como o local da realização de desejos inconscientes. O corpo erógeno, próprio da psicanálise, é apresentado pelas histéricas e passa no decorrer da obra de Freud a configurar como a especificidade do corpo para a psicanálise. Assim, o corpo humano é visto como um corpo pulsional, atravessado pela linguagem e, por conseguinte, susceptível de inscrever desejos. Nessa perspectiva, o corpo não se confunde com organismo biológico; ele é lugar de inscrição do psíquico e do somático e personagem integrante da trama das relações, lugar da mostra dos sintomas.

As particularidades inerentes aos sintomas conversivos, próprios da histeria, assim como aos somáticos, são destacadas. Essas especialidades, por sua vez, desdobram-se e se encontram apoiados na diferenciação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais. A tônica desse capítulo se ampara na distinção entre esses dois conceitos a partir de sua descrição, assim como na afirmação de Fernandes (2003) que considera que do ponto de vista do funcionamento psíquico, podemos dizer que por meio do corpo, o psíquico se exprime somaticamente e a realidade biológica se coloca à disposição não só da realidade psíquica saudável, como psicopatológica.

Trabalharemos, também, com o conceito do Eu-pele (Anzieu, 1989) como sendo o dispositivo que possibilita o desenvolvimento do processo de individualização do bebê. O autor descreve e contextualiza o processo de desenvolvimento da criança, no que se refere à aquisição da representação de si mesma, considerando que esse processo se processa a partir de uma experiência de superfície corporal, vivenciada pelo bebê, ou seja, uma experiência sensitiva. O estabelecimento dessa fronteira na criança só é possível pelo investimento materno. Quando a mãe se oferece como suporte ao corpo da criança, ela atende suas necessidades, nomeia esse corpo, direcionando-a no sentido da aquisição de um corpo coeso.

No terceiro capítulo percorreremos a literatura médica sobre a fibromialgia buscando identificar, do ponto de vista das ciências da saúde, os fatores presentes na constituição da fibromialgia. Para fins de organização, esse percurso estará subdividido em sintomatologia, aproximação com outras patologias, controvérsias e diagnóstico, tendência atual e tratamento.

Além disso, iremos caracterizá-la como uma patologia que requer, para efeito de tratamento e prognóstico, uma visão multidisciplinar. Há um consenso na literatura de que o tratamento da FM, devido à sua complexidade e sobreposição de sintomas, requer uma abordagem biopsicossocial e multidisciplinar. Uma análise diagnóstica e terapêutica multi e interdisciplinar diminuiria a possibilidade de desacertos e minimizaria as distorções, sendo considerada ineficaz uma abordagem terapêutica que não enfatize essa diversidade (Teixeira, 2003; Piqueras Rodríguez et al, 2008). Essa visão também é defendida por este estudo. Concordamos com Araújo (2006) quando diz que excluir das consultas a contextualização do problema do paciente, a relação processual com suas histórias de vida e as construções sociocognitivas, significa eliminar a percepção das essências desses processos, cujas construções não conseguem ser integralmente explicadas pelo conhecimento biomédico. Além disso, deve-se considerar a depressão, a insônia e a dor como sintomas comuns presentes também em outras síndromes funcionais somáticas e que, por esta razão funcionariam como elementos fronteiras que integram o trabalho multidisciplinar, correlacionando as disciplinas médicas (neurologia, reumatologia, etc.) à fisioterapia, à antropologia, à psicologia e, segundo nossa compreensão, também à psicanálise.

Assim, abordaremos qual a perspectiva teórica tomada, até o momento, pela psicanálise ao se referir à doença em questão. Observaremos que para os estudiosos em psicanálise a fibromialgia pode ser associada tanto à histeria, quanto à psicossomática, sendo mais comum a aproximação com a primeira. No nosso estudo, buscaremos entender o sofrimento e a dor na fibromialgia a partir da visão psicanalítica, entendendo que ela oferecerá contribuições significativas para o entendimento do sofrimento das mulheres diagnosticadas como fibromiálgicas.

O quarto capítulo pretende investigar, à luz da psicanálise, as correlações entre o discurso das pacientes fibromiálgicas e seus sintomas corpóreos. Nesse capítulo abordaremos o percurso metodológico adotado, as histórias clínicas dos sujeitos da pesquisa, seus discursos e interpretações psicanalíticas relacionadas ao principal sintoma - a dor - e, posteriormente, às outras comorbidades.

Nossa pesquisa está vinculada ao Projeto de Pesquisa sobre O Social e as Psicopatologias do Corpo, desenvolvido na Linha de Pesquisa Psicopatologia Fundamental e

Psicanálise do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), que se propõe a analisar o circuito pulsional nas psicopatologias do corpo, configuradas no contexto social contemporâneo. Esse projeto se utiliza dos recursos metodológicos próprios da pesquisa em psicanálise, tomando como referência os fundamentos que caracterizam a investigação e estudo metapsicológico, com ênfase na economia das pulsões. Descreveremos todos os meandros da trajetória envolvendo a coleta, o instrumento até a exposição e interpretação dos dados coletados.

Nas histórias clínicas dos três sujeitos da pesquisa, foram feitos resumos dos fatos que antecederam o início dos sintomas, assim como sua progressão e a sempre tortuosa busca pelo diagnóstico. Foi dada uma ênfase especial à sua vida afetiva, emocional e relacional.

As interpretações psicanalíticas dos discursos foram realizadas a partir da categorização das queixas álgicas e das comorbidades, no intuito de destacar o principal sintoma - a dor -, e facilitar a análise interpretativa dos dados coletados. Para efeito da análise tomamos duas perspectivas: os pontos de concordância que caracterizavam os três casos e a singularidade das histórias clínicas de cada caso.

CAPÍTULO 1.

O PARADIGMA PSICOFÍSICO E AS PATOLOGIAS CONTEMPORÂNEAS

No desenvolvimento do conhecimento filosófico, muitas teorias propuseram explicações para a relação entre a mente e o corpo. Só que, em filosofia, muitas vezes, são os próprios conceitos explicativos que se tornam objeto da investigação devido à complexidade que os envolvem. Na contemporaneidade, é marcante a influência do modelo cartesiano que durante séculos norteou o pensamento científico. Apesar da reconhecida importância do referido modelo para a compreensão do paradigma psicofísico, ele hoje não soa unívoco. Diversos estudiosos consideram que já não reflete a complexidade atual. E, do mesmo modo, o próprio sistema cartesiano, no seio do desenvolvimento teórico de Descartes, assume diferentes interpretações, quanto à divisão de mente e corpo, dando margem a dúvidas quanto a encará-lo como monista ou dualista.

Segundo o *Dicionário Oxford de filosofia*, “qualquer teoria que postule dois gêneros de coisas num certo domínio é dualista” (Blackburn, 1997, p. 108) e define o dualismo cartesiano como sendo a “perspectiva segundo a qual a mente e o corpo são duas substâncias separadas. O eu está de fato ligado a um corpo específico, mas é auto-suficiente e capaz de ter existência independente” (p.108). Assim, como não pretendemos entrar nessa discussão, adotamos a posição de Blackburn (1997), até porque a marca do dualismo cartesiano foi enaltecida pelos iluministas¹.

Até o século XVIII, os médicos, herdeiros de uma concepção unitária sobre o homem, não separavam as suas diferentes funções em corporais e mentais. Apenas a partir do século XIX foi incorporada esta distinção, quando foram adotados o método cartesiano e a perspectiva filosófica de Auguste Comte, denominada positivismo² (Ávila, 2002).

¹ As expressões iluminismo, “século das luzes”, “filosofia das luzes” foram utilizadas para designar um período histórico circunscrito em geral ao século XVIII, que abrangeu principalmente a Alemanha, França e Inglaterra. Caracterizou-se por seu otimismo quanto ao poder da razão. (Mora, 2001. p. 1444)

² De acordo com esta doutrina fundamental, todas as especulações humanas estariam inevitavelmente sujeitas, assim no indivíduo como na espécie, a passar por três estados teóricos diferentes e sucessivos, que podem ser qualificados pelas denominações habituais de teológico, metafísico e positivo [...]. O primeiro estado, embora seja, a princípio, a todos os respeito, indispensável deve ser concebido sempre, de ora em diante, como puramente provisório e preparatório; o segundo, que é, na realidade, apenas a modificação dissolvente do anterior, não comporta mais que um simples destino transitório, para conduzir gradualmente ao terceiro; é neste, único plenamente normal, que consiste em todos os gêneros, o regime definitivo da razão humana. (Comte, 2002).

O dualismo cartesiano, doutrina concebida por René Descartes, serviu de inspiração para o grande desenvolvimento das ciências nessa era. Ele estabeleceu novos parâmetros que serviram para nortear o desenvolvimento científico, além de constituir um método de investigação universal que se propunha a determinar a verdade acerca daquilo que se pretendia investigar. Associado a sua contribuição à ciência, reconheceu “a existência de duas espécies diferentes de substâncias: a corpórea e a espiritual” (Abbagnano, 2000, p. 294), mantendo uma concepção inaugurada por Platão séculos antes. Como se observa a seguir: “Os anatomistas antes de Descartes e da filosofia mecanicista fundam um dualismo que é central na modernidade e não apenas na medicina, aquele que distingue, por um lado, o homem, por outro, seu corpo” (Le Breton, 2003, p. 18 apud Suassuna, Barros, Azevedo & Sampaio, 2005, p. 24).

No modelo de pensamento cartesiano, as ciências naturais foram valorizadas ao extremo e a experimentação científica multiplicou a produção de conhecimento baseada no que considerava a primazia da reprodutividade do experimento, do apuro metodológico e do isolamento de variáveis. Princípios também amplamente defendidos até hoje pelas ciências da natureza.

Na mesma época surgiram os estudos sobre a eletricidade, a física nuclear, a embriologia, a fisiologia e a neurologia. As disciplinas de saúde desmembraram o ser humano procurando decifrar seu mistério na desconstrução e na dissecação anatômica. Nessa fase proliferaram os estudos do cérebro para tentar compreender a mente, principiam-se os construtos das neurociências. Estávamos diante de uma era de profunda iluminação, ebulição e evolução do chamado saber científico. Nessa ocasião o apuro e desejo de revelação do que por ventura se encontrasse obscuro, fruto do anseio de desenvolvimento científico iluminista, fizeram com que o corpo humano fosse comparado, em seu funcionamento a uma máquina, na qual as engrenagens se equiparariam aos órgãos. Tal nivelamento, portanto, tornava o corpo passível de desmontagens, ajustes e análises técnicas de sua operação.

A cisão no estudo da natureza humana em corpo-máquina (ciências da natureza) e pensamento-espírito (ciências do homem ou humanas), na perspectiva de Descartes, ofereceu ao mundo, por um lado, a possibilidade de avanços diversos no campo das ciências naturais e por outro contribuiu para que se estabelecesse uma divisão entre o corpo (soma) e a mente (psiquismo). Descartes nos confunde quando ao mesmo tempo em que afirma que “a alma está verdadeiramente ligada a todo o corpo” (Descartes, 1999, p.26), mostrando a complexidade da interrelação corpo e mente, indica a glândula pineal como elo de ligação,

sugerindo que são dois campos distintos que se comunicam por esta via. Essa ambigüidade foi que o levou a ser colocado no rol daqueles que separam o corpo da mente.

Sua teoria do dualismo concebia que o homem era constituído de duas diferentes substâncias: a mente ou substância pensante, que representa a parte subjetiva de sua constituição, a qual Descartes designou de alma, e a matéria que corresponderia à dimensão objetiva, palpável, concreta e presente no corpo. Considerava que só no homem as duas substâncias se juntaram, embora delimitadas. Contribuindo para a manutenção, segundo nosso entendimento, de um dualismo, incorporado e defendido pelas ciências, que influenciou o desenvolvimento do pensamento erudito.

Não se trata aqui, porém de desconsiderar os avanços pelos quais a ciência passou graças ao pensamento cartesiano. É inegável que o incremento científico do último século tem grande influência dessa forma de pensamento. Conseqüência importante dentre outras, e que pode ser usada como exemplo positivo, foi favorecer o processo de dessacralização do corpo humano, superando a condenação sacrílega da dissecação de cadáveres e permitindo o olhar “profanador” da ciência moderna.

Em contrapartida, outra conseqüência foi o desenvolvimento de duas concepções antagônicas do mundo e do homem: o idealismo filosófico que considerava o pensamento, a idéia ou a consciência como fatores primeiros e independentes da materialidade do mundo e o materialismo filosófico que reduziu o dualismo cartesiano ao pólo material, submetendo o pensamento às leis da matéria. Estava aí instalado o modelo de dualismo psicofísico, que serviu de suporte para o desenvolvimento de diversos campos do saber destacando-se, nos séculos XVIII e XIX, as ciências da saúde.

As tentativas de superação do dualismo psicofísico só vieram a ocorrer a partir do início do século XX. Nessa época começou-se a questionar o modelo que até então não só separava o que era da ordem do corpo e do espírito, como também estabelecia uma hierarquização da mente sobre o corpo, idéia que se originou no pensamento platônico. E embora essa discussão já não seja tão nova, é pertinente, pois a maioria dos profissionais de saúde obteve suas formações acadêmicas baseadas nesse paradigma, portanto são amplamente marcados por ele.

Essa subordinação corpórea acontece no campo filosófico, enquanto no campo das ciências naturais se processa um movimento contrário. O corpo domina a cena do discurso médico, passando a queixa corpórea a figurar como real e a queixa psíquica encarada como fingimento e simulação. Convém considerar que se no caso o objeto de descaso é o corpo, é pelo pensamento racional dos cientistas que tal corpo é apreciado. As queixas dos pacientes

entram como subsídios para construção do saber médico sobre corpo, pois se desconsidera o saber do doente. Esse era o panorama desenhado na época da concepção da teoria psicanalista, por Sigmund Freud.

Apesar de marcada pela influência sofrida por parte do pensamento cartesiano, a psicanálise, criada por Freud entre os séculos XIX e XX, faz - com base na observação de casos clínicos de histeria, não bem explicados pela medicina da época - uma constatação: existiam sintomas que embora possuíssem como fonte um trauma psíquico, se manifestavam sobre o corpo.

Para Birman (2003), em dois textos da obra freudiana se observam críticas ao modelo dualista cartesiano assim como à medicina positivista. No ensaio “Tratamento Psíquico” e posteriormente no ensaio “Uma neurose demoníaca do século XVII” ele destaca que todo mal estar é psíquico, tenha ele qualquer origem. Nesses textos ele se opõe a visão positivista da época, que desprezava os *fantasmas* como possíveis causadores das queixas e só considerava real o que podia ser quantificado. Por conseguinte, a enfermidade era avaliada com excessiva objetividade.

Outro momento, no entendimento do autor, em que Freud também se opõe ao modelo de separação corpo-mente é no texto “Esboço de Psicanálise”, de 1940, no qual ele faz uma síntese da teoria pulsional e da sua dualidade. Essa dualidade pulsional não se assemelha ao dualismo cartesiano, pois pressupõe uma interdependência e mutualidade entre a pulsão de vida (Eros) e a pulsão de morte (ou de destruição). Como se observa, na teoria pulsional as duas forças estariam à disposição de unir (pulsão de vida) ou de separar (pulsão de morte), mas só teríamos um estado de equilíbrio, sem queixas físicas ou psíquicas se houvesse essa reciprocidade. Como se verifica nos trechos da obra que se seguem:

O objetivo do primeiro desses instintos básicos é estabelecer unidades cada vez maiores e assim preservá-las — em resumo, unir; o objetivo do segundo, pelo contrário, é desfazer conexões e, assim, destruir coisas.

[...] Nas funções biológicas, os dois instintos básicos operam um contra o outro ou combinam-se mutuamente. [...] Modificações nas proporções da fusão entre os instintos apresentam os resultados mais tangíveis. Um excesso de agressividade sexual transformará um amante num criminoso sexual, enquanto uma nítida diminuição no fator agressivo torna-lo-á acanhado ou impotente. (Freud, 1940[38], p. 102).

Como citado anteriormente, até aquele momento as queixas físicas eram as reais, enquanto as psíquicas eram consideradas de “menor” importância, pois eram frutos da imaginação ou simulação. Os sintomas histéricos até então se enquadravam nessa categoria e só a partir dos estudos freudianos passaram a ser encarados de forma diferenciada. Nesse

ponto, Freud credita a Charcot a restauração da dignidade dos sintomas histéricos, tirando-os do caráter de voluntariedade, e os situa como uma entidade nosográfica médica. A citação a seguir ilustra esse momento:

Esta, a mais enigmática de todas as doenças nervosas, para cuja avaliação a Medicina ainda não achara nenhum ângulo de enfoque aproveitável, acabara então de cair no mais completo descrédito, e esse descrédito se estendia não só aos pacientes, mas também aos médicos que se interessassem pela neurose. Sustentava-se que na histeria qualquer coisa era possível e não se dava crédito aos histéricos em relação a nada. A primeira coisa feita pelo trabalho de Charcot foi a restauração da dignidade desse tópico. (Freud, 1894c p. 28).

Fulgêncio (2002) destaca que até essa época, a histeria era vista não como um problema médico, mas como um desvio moral. Os sintomas eram encarados como uma forma de chamar atenção ou de fugir das responsabilidades. Embora a visão freudiana tenha sido diferente da posição de Charcot sobre a histeria, foi notadamente influenciada por esta.

Como proposta de tratamento da histeria, a psicanálise apreende que os limites entre, de um lado, o soma, e, de outro, o psíquico ou anímico, são permeáveis, não sendo mais possível pensar as relações entre ambos em termos dicotômicos, ou por meio de uma lógica psicofísica. A via régia para se pensar a inconsistência dessa lógica para a compreensão das relações soma-psique é o próprio conceito de pulsão, que se apresenta como um terceiro termo, sendo propriamente um conceito fronteiro entre o somático e o psíquico, conceito que será explorado no capítulo subsequente.

Lionço (2008) comenta que é lugar comum afirmar o golpe sofrido pela tradição metafísica de cunho cartesiano com a reviravolta que o pensamento psicanalítico operou na compreensão de que, muito mais do que demarcados, os campos do soma e do psiquismo estariam irremediavelmente imbricados, indissociados. Conforme o mesmo autor dicotomizar a relação corpo-psiquismo pressupõe considerar que eles poderiam ter autonomia um do outro. No corpo, tal como apreendido pela psicanálise, implicam-se os processos psíquicos e suas montagens.

Talvez seja o caso de retomar o pensamento de Descartes e tentar olhar com mais atenção a vertente não dualista, pois o modelo no qual corpo e mente aparecem apartados tem sido posto em cheque em vários campos do conhecimento; mas deixo essa tarefa para os filósofos. Ressalto o que ocorre na discussão envolvendo saúde e doença, pois algumas patologias contemporâneas desafiam essa noção de corpo e mente como realidades não só distintas, mas separadas. Nessas doenças muitas vezes observamos uma não delimitação nítida entre o sintoma que ocupa o campo corpóreo e o mental, de forma semelhante à

maneira como há mais de um século se observava na histeria e que atualmente verificamos em patologias como a fibromialgia. Assim, seguindo os passos de Freud, para refletir sobre essas enfermidades convém tomar um outro referencial que explique essa relação corpo e mente.

Primeiramente, tentamos integrá-las no quadro das patologias psicossomáticas, similar ao que acontece com distúrbios gástricos que hoje é aceito no senso comum como decorrente de um estado prolongado de ansiedade. Nessa perspectiva, o que se supõe é que uma instância orgânica — no exemplo citado, o estômago, — recebe influência de outra instância, supostamente localizada na mente. Ou seja, foros integrados, mas compreendidos como realidades separadas. Por esse entendimento, buscou-se situar a fibromialgia. Entretanto, em tal patologia não se pode localizar o ponto em que o problema se inicia e o percurso através do qual os sintomas se propagariam, não permitindo de antemão, o estabelecimento de uma relação de causa e efeito. No caso sobre o qual nos referimos, não podemos afirmar que uma determinada enzima ou neurotransmissor se encontra alterado e isso desencadeia as contraturas que, por conseguinte, disparam uma resposta dolorosa e uma alteração psíquica, ou que as alterações psíquicas como a depressão e os distúrbios do sono são os tais fatores predisponentes, ou, ainda, que na verdade a dor é o mecanismo disparador do processo. Até o momento essa relação causa e efeito permanece obscura.

A ciência médica tenta identificar uma causa utilizando como recurso a tecnologia médica através de exames de imagem, laboratoriais e bioquímicos. Mesmo considerando todos esses avanços para precisão do diagnóstico, as explicações motivadoras da fibromialgia não parecem perto de encontrar uma resolução consensual.

Se o modelo dualista torna-se inoperante para refletir sobre essas patologias contemporâneas, que forma de pensamento poderia contemplar essa abordagem? Ávila (2002) propõe o uso de um modelo que melhor descreva a íntima relação e impossibilidade de dissociação corpo-mente. Nesse modelo de incidências mútuas essa relação seria representada pela faixa de Moebius³. O autor destaca que essa representação atende ao paradoxo corporeamente, no qual dentro e fora se encontram, avesso e direito se comunicam, encarnando a inteligibilidade das manifestações psicossomáticas.

Para o autor a construção da faixa de Moebius (figura 1) é muito simples: toma-se uma tira retangular de papel, e colam-se as extremidades para formar um aro. Antes de efetuar a colagem, torcemos seu eixo axial, de forma que avesso e direito se coloquem em continuidade. Como pode esclarecer a menção seguinte:

³ A banda ou faixa de Moebius foi descrita pelo matemático alemão August Moebius em 1861.

Com efeito, como poderíamos representar as especificidades dos processos corporais, confrontadas às características próprias dos processos mentais e, ao mesmo tempo, poder acompanhar as formas em que um produz no outro transformações, enquanto ambos mantêm-se inegavelmente soldados na mesma unidade que é um ser humano singular? Era necessário um modelo complexo que, guardando as diferenças de registro, pudesse simultaneamente demonstrar as vias em que um “se passa” para o outro, e o corpo e a mente se recompõem como totalidade. (Ávila, 2002, p. 228 e 229).

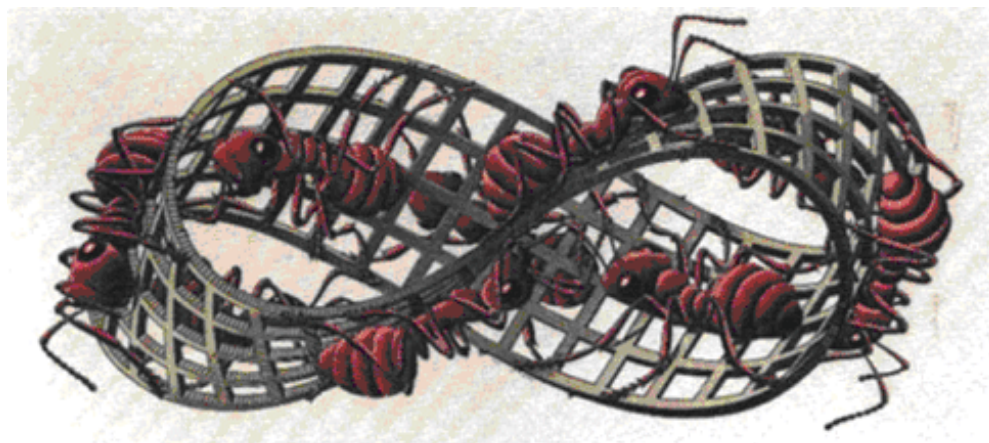


Figura 1 – A banda de Moebius por Ávila (2003)

A partir da adoção desse modelo, podemos entender que os sintomas psicossomáticos seriam representados pela torção da faixa. O momento em que o avesso se encontra com o direito, em continuidade: diferentes, com suas especificidades, porém perenes e ininterruptos. Diante de um modelo que melhor contemple a realidade de algumas doenças de ascendente incidência na vida contemporânea, podemos pensar nessas patologias partindo de outro paradigma, destacando entre essas patologias aquela que é o foco dessa pesquisa.

A citação que se segue ilustra o problema, trazendo essa discussão atual para o pensamento dos sintomas na fibromialgia (FM). No caso dessa síndrome, a interação entre as queixas descritas pelos pacientes, agregada à dificuldade diagnóstica, impossibilita um pensamento compartimentalizado do ser. É consenso na literatura que a FM configura um grande desafio para o estudo biomédico:

As propostas epistemológicas atuais para transformação do modelo de construção do conhecimento científico determinam mudanças na dinâmica e na qualidade dos modos de pensar, pois excluem as neutralidades e inserem a participação contextual, evoluem do estático para o processual e estudam a complexidade com o emaranhado de ações, interações e retroações. Deste modo, o exercício do pensamento complexo implica em transformações na conceituação dos binômios como: pensamento estático/processual, dissociado/complexo, saúde/doença, unidade/todo, uniaxial/multicausal, biomédico/biopsicossocial. Com esse interesse, Araújo [apud Araújo, 2006] estudou a relação entre o modelo atual de

construção dos distúrbios como a FM com os modelos epistemológicos fragmentados que dominaram o século XX, conhecidos como cartesianos, ainda hegemônicos nas teorias e práticas atuais da educação e da saúde. Destaca que a fragmentação do modelo da educação médica americana de Flexner [apud Araújo, 2006], seguido pelo Brasil, priorizou as teorias e as práticas restritas ao biomédico, separadas em disciplinas, ensinadas por médicos especialistas. Este modelo, que domina as construções diagnósticas atuais, se limita aos sintomas do domínio de cada especialista, com baixo grau de representatividade para a composição do todo do indivíduo. (Araújo, 2006. p. 56 e 57).

De fato, nosso corpo é um corpo vivido de dentro e não apenas um corpo objetivo, exterior. Daí se concluir que psíquico e somático não apenas interagem, mas formam uma totalidade, sem autonomia ou dominação de qualquer ordem. A realidade da fibromialgia e de outras patologias com distúrbios chamados somatoformes, parece se sustentar nessa proposição. O desafio é reconhecer que psíquico e somático se distinguem como campos semânticos, mas não se desagregam e o sintoma parece ser a prova disso. Seguindo a reflexão de Assoun (1998) ele pode se manifestar em estado físico ou volátil (fantasia).

Nesse sentido, as patologias contemporâneas representam um desafio. Elas são formas de sofrimento/adoecimento decorrentes das novas modalidades de subjetivação nas quais a sensorialidade e a imagem corporal estão em evidência. Partindo do pressuposto de que a forma de apresentação dos sintomas é fruto de sua época – o sintoma é antes de tudo social - indagaremos como as mudanças sociais, econômicas e ideológicas ocorridas na contemporaneidade contribuem para o surgimento dessas novas modalidades de subjetivação e, por consequência, na formação dessas novas sintomatologias. Assim comentam Esper e Neder:

Na contemporaneidade encontramos também patologias que se referem às percepções patológicas da imagem corporal como as dismorfias e outras, cujo referencial passa a ser a dor corporal disseminada, como é o caso das fibromialgias. É um universo de psicopatologias que podem estar no lugar da tradução de um mal estar contemporâneo e, cujas indagações ainda são muitas, mas que tem como ponto em comum o fato de que talvez expressem corporalmente conflitos próprios da atualidade e que, neste momento, só encontrem expressões através do transbordamento para o corpo, como era o caso das famosas histéricas do começo do século XX. (Esper & Neder, 2004, p. 2).

Até o século passado, as limitações de liberdade naturais da época, não forneciam ao indivíduo possibilidades de escolha. As crianças não escolhiam o que vestir nem o que comer, os adolescentes contavam com severas restrições de ânimo, os adultos, muitas vezes, sequer escolhiam o companheiro com quem iriam dividir a vida. As inúmeras possibilidades de escolhas atuais geram angústia, já que o arbítrio impõe sempre algum tipo de perda, que necessita elaboração para novas perspectivas de construção. A influência incisiva da mídia,

ditando nossos *sonhos de consumo* e nos bombardeando de informações, nos conduzem ao sofrimento. Tudo é muito descartável, e mesmo que alcancemos o objeto de desejo atual, rapidamente já nos é imposto um novo patamar e constantemente somos conduzidos à frustração.

Em outro aspecto, o dos cuidados com a saúde, os avanços tecnológicos são vertiginosos. O acesso irrestrito e fácil à informação descortina novas expectativas de padecimento. Também nesse nicho e mercado, a mídia encharca nossa atmosfera com todos os magníficos avanços nos exames de imagem que detectam *tudo* ou fármacos capazes de solucionar todos os males. Sempre com tanto avanço, velocidade, efemeridade.

Nesse sentido a exposição à transitoriedade poderá ser detonadora de sintomatologia psicossomática, pois conforme preconizam Pierre Marty e Joyce Mac Dougall, representantes do pensamento da psicossomática psicanalítica (apud Esper & Neder, 2004), “o corpo recebe o excesso da sobrecarga psíquica que não foi possível de ser simbolizado, gerando somatizações. É como se o psiquismo ficasse privado de palavras” (p. 2). A descarga energética no corpo ou por efeito de conversão em decorrência do recalque que divide o *quantum* do conteúdo ideativo ou a sobrecarga energética que não chega a se fazer representar afeta os órgãos e altera a funcionalidade corporal. Esper & Neder (2004) destacam ainda que o mundo “gira”, acelerando mais depressa à nossa volta atualmente e que isto interfere na compreensão do tempo, no ritmo de vida e na capacidade de absorver as novidades. E ainda completam que “a intrusão do novo tem o lado positivo de alterar as configurações produzindo novas cartografias pessoais, culturais, no entanto, quando as mudanças acontecem dentro de um ritmo vertiginoso, fazem com que o status das verdades seja sempre provisório, produzindo insegurança e desamparo diante da efemeridade das coisas” (p.2).

Segundo os mesmos autores essa aceleração pode também ser desencadeadora de sintomas como angústia e frustração. Diante do quadro exposto, estaríamos diante de uma falha nos processamentos que favorecem a “homeostase psíquica” (p.2), “pois a experiência prévia, que faz parte do capital psíquico no enfrentamento das situações, passa a ter uma consistência frágil em virtude de ter que estar sempre reconfigurada, falhando na atuação de ancoragem psíquica” (p.3). Nesse sentido o sujeito acaba sofrendo com uma interferência na sua habilidade de pensar, de elaborar e nas possibilidades de fazer ressignificações.

Se as reflexões sobre o contemporâneo têm sempre apontado uma cultura do excesso há de se considerar que o corpo tornou-se o palco das manifestações sintomáticas e a psicanálise, hoje, tem como desafio entender essas “subjetivações somáticas”. Os profissionais de saúde por vezes parecem ainda alheios a essa problemática, ausentes sobre

como esse novo homem se relaciona com o processo de adoecimento, e quais as representações dos sintomas corporais atuais. Se a ligação do homem com o próprio corpo se modificou, fruto de uma mudança na atmosfera sociocultural, por que não se alterariam modos de adoecimento?

Costa (2004) atesta que a preocupação da psicanálise com o corpo é legítima em função da proliferação dos novos sintomas corporais, e de o corpo ter se tornado um referente na construção das identidades. O cuidado de si, conforme destaca o autor, que antes estava vinculado à vida sentimental, atualmente concentra-se na imagem corporal e completa atestando que nesse caso, os analistas não devem negar que os sofrimentos dos pacientes hoje estão relacionados à sua imagem corporal, às vezes justamente à distorção dessa imagem.

No caso das patologias contemporâneas, o corpo pode expressar o sofrimento produzido por aquilo que não pode ser simbolizado. A falta de comunicação e de troca de experiências presente na atualidade causa o empobrecimento da subjetividade, pois não há mais espaço para a transmissão e elaboração da experiência (Mendes & Paravidini, 2007). Com o empobrecimento das relações humanas, a pressa com que tudo parece seguir e a intolerância social ao comprometimento humano com o outro, acaba produzindo uma superficialidade das relações interpessoais, com uma conseqüente pobreza subjetiva. Fala-se muito, tem-se acesso a um mundo de informações, tudo é muito explicitado, mas muito transitório, descartável, rápido, sem um tempo que permita a introspecção daquilo que se fala, se aprende e se vê.

A fibromialgia como uma patologia contemporânea, na qual o corpo se manifesta dolorido e com alteração de tônus muscular, presença de fadiga, de distúrbios digestivos, suscita que se tenha cautela na compreensão de tais fenômenos e, conseqüentemente, na terapêutica adotada. Não basta aceitar que a “dor é real”, não basta manipular o corpo nos seus pontos doloridos para arrefecer a sensação de mal-estar. A clínica com tais pacientes tem mostrado como as dores se deslocam e tardam a cessar. Convém que se considerem os sintomas como psicossomáticos, o que exigirá do profissional uma unificação do psicofísico. Sendo assim, a compreensão psicanalítica do corpo abre horizontes como observaremos no capítulo dois.

CAPÍTULO 2.

A COMPREENSÃO PSICANALÍTICA DO SINTOMA CORPORAL

Como vimos anteriormente a exigência externa por um corpo saudável, belo, longilíneo e magro, entre outras coisas, impõe sofrimento. O corpo, no contexto das ações humanas, passou a ser palco das relações. Várias publicações de gêneros diversos destacam esse fenômeno pós-moderno de corpo enfático e *hipersolicitado*.

Embora pareça um enigma eminentemente atual, o corpo se impôs como questão para a psicanálise, desde a sua criação. Além de abrigar sistemas fisiológicos dispostos para manter a homeostase, o corpo é também o local da realização de desejos inconscientes. Na compreensão dessa problemática sobre o corpo e o sintoma corporal para a psicanálise, partiremos do pressuposto de que, conforme afirma Assoun (1998, p. 7), “há uma posição do corpo” que se encontra entre o reducionismo da visão “orgânica” abordada pela medicina e a visão da psicossomática, criando o que o autor chama de uma “posição - verdadeiramente freudiana - que recusa ao mesmo tempo a confusão do físico com o orgânico e sua dissolução do psíquico” (Assoun, 1998, p. 8), ou seja, existe um corpo que é objeto da psicanálise, diferente do que é foco das ciências da saúde.

Para um entendimento do corpo, objeto da psicanálise, percorreremos os textos freudianos, pontuando os momentos em que mais claramente se evidenciam a perspectiva de um “corpo desejante” habitando um “corpo biológico”. Para nos auxiliar nessa empreitada tomaremos como referencial o percurso adotado por Maria Helena Fernandes, no seu livro *Corpo*. Tal obra servirá de fio condutor para esse capítulo, por considerá-la uma releitura consistente do pensamento freudiano e que condiz com a visão de corpo que pretendemos abordar nesse trabalho. Além do texto freudiano, consideraremos outros autores contemporâneos com contribuições relevantes tais como: Assoun (1998), Anzieu (1989) e Nasio (2008). São autores que nos ajudaram a adentrar no texto freudiano e a extrair dele as reflexões pertinentes a corpo e dores corporais.

Para Fernandes (2003), a problemática do corpo, longe de estar excluída da obra freudiana, coloca-se no centro de sua construção teórica. Para a autora, desde o início, em Freud, o corpo não foi encarado como organismo biológico apenas, ele sempre o viu como local de inscrição do psíquico e do somático. Essa perspectiva de inscrição dupla no corpo dá ao profissional de saúde um novo arsenal teórico para pensar os sintomas somáticos nas

psicopatologias contemporâneas e para refletir sobre as possibilidades terapêuticas em tais casos.

Para melhor fundamentar as possibilidades de articulação que se abrem em decorrência da nossa pesquisa sobre a fibromialgia abordaremos o lugar que o corpo ocupa na psicanálise. Sabemos que ele está no centro dos sintomas histéricos. Porém, a psicanálise, hoje, sabe mais sobre esse corpo que serviu de expressão para as histéricas. Para Fernandes (2003) o corpo passou de veículo ou meio da satisfação pulsional, para forma de expressão da dor e do sofrimento. Um sofrimento que parece não encontrar escape para manifestação em termos psíquicos. A autora usa a expressão *psicopatologia do corpo na vida cotidiana*, para designar esses processos.

Essa transformação decorre do novo *status* ocupado pelo corpo, que incita um novo posicionamento, tanto por parte da psicanálise, quando por parte de outras ciências. Constatase, hoje, uma alta incidência de patologias no corpo e, por isso somos convocados a nos pronunciar sobre o assunto.

Assoun (1998) considera que não se pode tratar o corpo como um conceito psicanalítico específico. Para o autor, em Freud, o corpo aparece como *Körper* e como *Leib*. O primeiro termo se refere ao corpo real, objeto material e visível que ocupa um determinado espaço e pode ser designado por certa coesão anatômica. Nessa perspectiva, podemos considerar o sentido de “arquitetura visível” ou de corpo fisiológico. O segundo vocábulo se refere a um conceito mais amplo e menos biológico do corpo. Captado na sua própria substância viva, o que não deixa de ter uma conotação metafísica: não é somente um corpo, mas O corpo, princípio de vida e de individualização e singularidade. Corpo regido pela história, habitado por um sujeito e inexistente sem essa relação.

O corpo erógeno, próprio da psicanálise, é apresentado pelas histéricas e passa no decorrer da obra de Freud a configurar como a especificidade do corpo para a psicanálise. Assim, o corpo humano é visto como um corpo pulsional, atravessado pela linguagem e, por conseguinte, susceptível de inscrever desejos. Como vimos, para Freud, o corpo não se confunde com organismo biológico; ele é o lugar de inscrição do psíquico e do somático, e personagem integrante da trama das relações, lugar da mostraçã dos sintomas.

O sintoma em psicanálise, segundo Assoun (1998), é uma formação inconsciente, e assim como um sonho, chiste, lapso ou ato falho, é decifrável. Longe de serem uma entidade por si, os sintomas funcionam como porta vozes de angústias e sofrimentos físicos e/ou psíquicos, e a sua observação, assim como sua revelação, necessariamente não significam sua solução, como se percebe no comentário a seguir:

Para os leigos, os sintomas constituem a essência de uma doença, e a cura consiste na remoção dos sintomas. Os médicos atribuem importância à distinção entre sintomas e doença, e afirmam que eliminar os sintomas não equivale a curar a doença. A única coisa tangível que resta da doença, depois de eliminados os sintomas, é a capacidade de formar novos sintomas. (Freud, 1916, p.361).

Há dois tipos de sintomas psicanalíticos que tomam o corpo como palco: os sintomas histéricos (conversão) e os somáticos (somatização) que, por sua vez, desdobram-se e se encontram apoiados na diferenciação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais. Fernandes (2003) considera que em relação ao sintoma corporal estamos diante de dois fenômenos. O primeiro, a conversão, tem como representante a histeria, sobre o qual discorreremos a seguir.

Nas históricas os sintomas físicos não se originam na realidade biológica do corpo doente, são a expressão de um sofrimento psíquico e, como tais, não obedecem a uma lógica de distribuição anatômica, mas, ao contrário, possuem uma anatomia particular. Os sintomas corporais são, nesse caso, o material de uma narração visual, na qual a imagem erigida é fruto de um sofrimento diferente do de um corpo doente, no qual há uma obediência aos percursos anatômicos.

No corpo doente é a energia gerada por um processo fisiopatológico orgânico que alimenta a perpetuação da queixa sintomatológica, já na conversão histérica os sintomas só são mantidos como se apresentam devido à força do recalçamento e, portanto, desaparecerão quando o sentido oculto se deixar revelar pela dissolução desse recalçamento por efeito da interpretação.

Já o segundo fenômeno, a somatização, diferente do que acontece na histeria, conta com um sintoma que eclode do próprio corpo. A imagem desse sintoma não carrega um sentido oculto, sobretudo quando falamos de uma doença com diagnóstico médico confirmado. Freud (1894a, p. 85) diferencia esses dois fenômenos como se observa: “na histeria, é uma excitação psíquica que se serve de uma via inadequada que leva a reações somáticas. A neurose de angústia, ao contrário, é uma tensão física que não consegue se descarregar psiquicamente e que permanece, por isso no domínio físico. Os dois processos muitas vezes aparecem combinados”. Esse trecho é complementado pelo destaque de que Freud muito cedo propôs uma distinção entre o que ele chamou de neuroses atuais e psiconeuroses. Nas primeiras, segundo ele, estariam enquadradas a neurose de angústia e a neurastenia; a hipocondria foi incluída mais tardiamente. Elas teriam como origem “distúrbios da vida sexual atual” e não “acontecimentos importantes da vida passada”, como ocorre com a histeria. Nesse último caso o corpo apresentava sintomas, dizendo aquilo que de outro modo

parecia não ser permitido dizer. No texto *Conferências Introdutórias à Psicanálise*, Freud amplia a discussão:

Agora, entretanto, devo chamar a atenção dos senhores para a decisiva diferença entre os sintomas das neuroses ‘atuais’ e os das psiconeuroses, das quais o primeiro grupo, as neuroses de transferência, nos manteve tão ocupados até agora. Em ambos os casos, os sintomas se originam da libido, e constituem, portanto, empregos anormais da mesma; são satisfações substitutivas. Mas os sintomas das neuroses ‘atuais’ — pressão intracraniana, sensações de dor, estado de irritação em um órgão, enfraquecimento ou inibição de uma função — não têm nenhum ‘sentido’, nenhum significado psíquico. Não só se manifestam predominantemente no corpo (como, por exemplo, os sintomas histéricos, entre outros), como também constituem, eles próprios, processos inteiramente somáticos, em cuja origem estão ausentes todos os complicados mecanismos mentais que já conhecemos. Assim, realmente são a mesma coisa que há tanto tempo acreditava-se serem os sintomas psiconeuróticos. Mas, sendo assim, como podem eles corresponder a empregos da libido, que reconhecemos como força que opera na mente? Bem, senhores, isto é algo muito simples. Permitam-me lembrar-lhes uma das primeiras objeções levantadas contra a psicanálise. Foi dito, então, que esta se ocupava em encontrar uma teoria puramente psicológica dos fenômenos neuróticos, e que isso era uma causa perdida, de vez que as teorias psicológicas jamais poderiam explicar uma doença. As pessoas haviam optado por esquecer que a função sexual não é uma coisa puramente psíquica, da mesma forma como não é uma coisa puramente somática. Influencia igualmente a vida corporal e mental. Se, nos sintomas das psiconeuroses, nos familiarizamos com as manifestações de distúrbios na atuação psíquica da função sexual, não nos surpreenderemos ao encontrar nas neuroses ‘atuais’ as conseqüências somáticas diretas dos distúrbios sexuais. (Freud, 1916, p. 388).

Em todas as situações anteriores Freud (1916) não se cansa de sempre relacionar as neuroses à função sexual: “... penso que não podemos evitar considerarmos as neuroses resultado de distúrbios no metabolismo sexual, seja porque se produzem mais toxinas do que o indivíduo pode metabolizar, seja porque as condições internas, e até mesmo as condições psíquicas, limitam o emprego adequado dessas substâncias” (p. 389). Diferenciando nesse caso apenas o seu sentido oculto que, ao contrário da histeria, ficava inexistente.

Dentre essas neuroses atuais cabe destaque a neurose de angústia, que por suas características sintomatológicas nos parece merecedora de um adendo. Freud (1895b) inicia sua descrição com a frase que se segue: “O que denomino ‘neurose de angústia’ pode ser observado numa forma rudimentar ou totalmente desenvolvida, tanto isoladamente como combinada com outras neuroses” (p. 94).

No texto *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angustia* ele inclusive destaca a necessidade de diferenciar os dois conceitos e completa que a denominação de neurose de angústia se dá por que “ todos os seus componentes podem ser agrupados em torno do sintoma principal da angústia, pois cada um deles mantém com esta última uma relação definida” (Freud, 1894c, p. 31).

São descritos diversos achados, como sintomas, que constam no quadro clínico da neurose de angústia e destacamos pela relevância para nossa pesquisa: (1) Irritabilidade geral, que é justificada como “um acúmulo de excitação ou uma incapacidade de tolerar tal acúmulo - isto é, para um acúmulo absoluto ou relativo de excitação” (Freud, 1894c, p. 95) e se encontra muitas vezes associada a uma hiperestesia auditiva. (2) Expectativa angustiada, explicada como um excessivo pessimismo, assim como tendência a catastrofização. (3) Ansiedade, que “embora fique latente a maior parte do tempo no que concerne à consciência, está constantemente à espreita no fundo - tem outros meios de se expressar, além desse. Pode irromper subitamente na consciência sem ter sido despertada por uma seqüência de representações, provocando assim um ataque de angústia” (Freud, 1894c, p. 96). Ataques esses que podem ser acompanhados de arritmia cardíaca, dispnéia, hiperidrose, tremores, calafrios, parestesias, pavor noturno, diarreia, vertigem, etc. (4) Distúrbios digestivos como se observa: “As atividades digestivas sofrem apenas alguns distúrbios na neurose de angústia; mas estes são característicos. [...] Como mudança crônica, análoga à expectativa angustiada, encontramos uma disposição à diarreia, o que tem ocasionado os mais estranhos erros de diagnóstico.” (Freud, 1894c, p. 100). (5) Aumento da sensibilidade dolorosa, como pode ser conferido: “[...] ocorre uma espécie de conversão para sensações corporais que pode facilmente passar despercebida - por exemplo, para os músculos reumáticos. Grande número do que se conhece como indivíduos reumáticos - que, além disso, se pode demonstrar serem reumáticos - sofre, na realidade, de neurose de angústia.” (Freud, 1894c, p. 100).

No seu percurso, Freud, apesar de teorizar sobre ambas, abordou muito mais as psiconeuroses, pelas contribuições que poderiam ser prestadas na construção de sua teoria, que as neuroses atuais e inclusive se utiliza dos sintomas da segunda como contribuição para o entendimento das características clínicas na primeira, desenvolvendo, inclusive, todo um raciocínio a respeito de como os materiais provenientes de fontes diversas interagem para a formação dos sintomas. Pela estreita relação com os da fibromialgia é também pertinente um melhor esclarecimento sobre um desses sintomas descritos nas neuroses atuais, mais precisamente na neurose de angústia: a ansiedade.

Abordar um pouco mais sobre sintomas como a dor e a ansiedade se faz necessário, pois conforme veremos mais detalhadamente no próximo capítulo, a ansiedade é um sintoma marcante na patologia que é objeto do nosso estudo. Sobre a dor, retomaremos mais adiante. A ansiedade, segundo Freud (1926[1925], p. 138) no texto *Inibições, sintomas e ansiedade* é uma reação a um estado de perigo, “a ansiedade surgiu originalmente como uma reação a um estado de perigo e é reproduzida sempre que um estado dessa espécie se repete”, que tem

como características certas qualidades. Primeiramente ser acompanhada de um desprazer específico, mas não somente isso, determinadas manifestações físicas associadas principalmente à respiração e aos batimentos cardíacos, e reproduzir uma experiência antiga, no caso a primeira experiência de perda, a separação da mãe. Ou seja, “como um fenômeno automático é um sinal de salvação, verifica-se que a ansiedade é um produto do desamparo mental da criança, o qual é um símile natural de seu desamparo biológico” (Freud, 1926[1925], p. 152), a ausência da mãe faz com que o bebê se depare com o desprazer de não ter suas necessidades satisfeitas, e isso gera o perigo que suscita a ansiedade, essa sensação é revisitada diversas vezes no decorrer da história do sujeito.

Retomando a questão dos sintomas nas neuroses atuais Freud destaca que o indivíduo pode apresentar o sintoma da neurose manifesto ou ter uma “personalidade” neurótica conforme a citação a seguir ilustra:

Não é absolutamente raro acontecer, no caso de uma pessoa que está predisposta a uma neurose sem realmente sofrer de uma neurose manifesta, que uma modificação somática patológica (talvez por inflamação ou lesão) põe em marcha a atividade da formação do sintoma; assim, essa atividade prontamente transforma o sintoma, que lhe foi apresentado pela realidade, em representante de todas as fantasias inconscientes que estavam apenas aguardando a ocasião de lançar mão de algum meio de expressão. (Freud, 1916, p.391).

A respeito dessa questão Assoun (1998) discorre sobre a necessidade de compreender como pode “inflamar-se” o corpo do sintoma diante de uma patologia orgânica. E ainda que o efeito disso seja o de uma conversão de uma *neurose de potência* para uma *neurose de ato*. Nesse caso como esclarece o mesmo autor, estaríamos nos deparando com um acontecimento no corpo orgânico que produz o despertar do sintoma que se encontrava adormecido. Seria como se uma neurose que se encontrava silente, porém latente, diante da fragilização causada por uma doença ou lesão orgânica, obtivesse o ambiente propício para manifestar-se como sintoma.

Essa capacidade do sintoma orgânico de desencadear um sintoma neurótico, segundo Assoun (1998), está intimamente ligada à ação dos fantasmas inconscientes. Esses fantasmas se encontrariam à espreita, ávidos por uma forma de expressão, valendo-se com prontidão desse representante que é o sintoma orgânico. Estaríamos nesse caso, diante do gozo fantasmático desencadeado e ratificado pela afecção orgânica. Como na situação de encontrarmos alguém com uma doença orgânica, nos espantarmos com o seu estado físico e diante do nosso espanto e reconhecimento da gravidade da doença respaldássemos o sofrimento do paciente e assim, déssemos voz à neurose.

Fernandes (2003) pontua que no caso da conversão histérica por sua vez, esses sintomas se evidenciam sem uma coerência anatômica real. Como anteriormente introduzimos, o corpo da histérica segue sua própria anatomia, não tendo relação com a distribuição anatômica do referencial médico. Há, no caso da histeria, uma subversão anatômica que desordena a apresentação dos sintomas, distinguindo-os dos achados fisiológicos. Com as somatizações, ao contrário, observa-se um arranjo e distribuição muito mais fisiológica. Essa diferenciação por sua vez, pressupõe outros desdobramentos, relacionados ao acolhimento dessa demanda pelos profissionais de saúde que mais adiante retomaremos.

Segundo a autora, do ponto de vista do funcionamento psíquico, podemos dizer que por meio do corpo, o psíquico se exprime somaticamente e a realidade biológica se coloca a disposição não só da realidade psíquica *saudável*, como psicopatológica.

Além dessas considerações conceituais que diferenciam os fenômenos histéricos dos neuróticos, quanto à resposta ao tratamento eles também se distinguem. Conforme Cerqueira Leite, Freire, Pereira e Assadi (2003) há de se fazer uma distinção nos dois casos. As patologias psicossomáticas (relacionadas às neuroses atuais) são consideradas como uma incerteza tanto na clínica médica quanto na psicanalítica. Com etiologias múltiplas e incertas que arrebatam o corpo do indivíduo e dilaceram-lhe os órgãos, acarretando um prognóstico muitas vezes sombrio. Diferenciam-se das conversões, entre outros aspectos, por sua menor probabilidade de remissão espontânea. Na histeria um processo analítico adequado tende a um bom prognóstico em relação à resolução e tempo de remissão dos sintomas.

Em contrapartida o fenômeno psicossomático não desaparece com tamanha agilidade, sendo comum que alternem aparecimento e desaparecimento. Oscilando em relação ao tempo, gravidade e curso da doença. A citação a seguir, além de esclarecer melhor a posição do autor, propõe mais distinções entre os dois tipos de sintoma:

A tônica na forma de gozo dessas duas aparições corporais também deve ser considerada: nos processos sintomáticos, (no fenômeno histérico) há um fracasso do recalque; portanto, o afeto se liga a um órgão, enquanto a representação incompatível é recalçada, nesse percurso um ganho secundário é consequência do manejo psíquico. Na psicossomática também ocorre um gozo, um ganho com o sofrimento, mas o sujeito não conjuga sua construção subjetiva ao fenômeno per si e a satisfação secundária do *quantum* pulsional não é vinculável a ele. Esses fenômenos imprimem no corpo uma marca, tatuam algo que não pode ser dito, nem deslizado, que não pode ser acessado simplesmente pela via do sentido. [...] Assinala ainda, no mesmo texto, que toda a questão da psicossomática está calcada no processo de satisfação pulsional, na economia do aparelho psíquico. É sabido que, para que os sujeitos possam desejar, é necessária a condição de se depararem com a falta, que é o que oferta empuxo ao desejo; o desejo só existe porque há a falta. (Cerqueira Leite *et al.*, 2003. p. 105 e 106).

Fernandes (2003, p. 111) destaca que podemos dizer que enquanto a conversão traduz o modelo do “Corpo da representação”, a somatização sugere o modelo de um “corpo do transbordamento” em que o sintoma corporal pode ser entendido como uma descarga. E a autora completa: “como um excesso, que, atravessando o aparelho psíquico, não se organiza, necessariamente a partir da lógica da representação”. Sobre esse aspecto a citação seguinte esclarece:

Freud, ao problematizar a relação entre as psiconeuroses e as neuroses atuais, já abriu mão para pensar um corpo de transbordamento, isto é, admitir a possibilidade que nem sempre o corpo biológico está vinculado a um sistema significante, possibilitando, então, pensarmos o sintoma corporal, também, como uma descarga, um excesso que não se organiza necessariamente a partir da lógica da representação. Partindo dessa possibilidade, Marty considera que o paciente psicossomático, diferente do psicótico e do neurótico clássico, apresenta uma vida de fantasia muito pobre, atrofiada ou até inexistente, e como consequência pode apresentar transtornos somáticos por uma insuficiência dos “processos de mentalização”. (De Marco, 2003. p. 49).

Esclarecendo melhor a questão levantada através dos dois conceitos citados anteriormente, nas neuroses atuais há um transbordamento da sexualidade no corpo. Esse “corpo de transbordamento” levanta, portanto a possibilidade de um corpo biológico desligado de um sistema significante, enquanto na histeria esse corpo é completamente usado como um simbolismo e, acima de tudo, decifrável. No caso do transbordamento, como também destacam Cerqueira Leite, Freire, Pereira e Assadi (2003), é como se estivéssemos diante de uma escrita estranha, de hieróglifos, na qual, para nós, é impossível uma leitura. Nesse caso eles foram “inscritos em um código que é refratário ao deslizamento simbólico porque é diferente, encapsulado numa significação própria” (p. 106).

Retomando a problemática da visão dos profissionais de saúde diante de quadros sintomatológicos, uma ressalva merece destaque devido à sua relevância. Além das distinções feitas até o momento, outros aspectos diferenciam os sintomas somáticos dos observados nas psiconeuroses. Sob o ponto de vista das ciências da saúde o sintoma hístico, de certo modo, sempre esteve associado ao estigma de engodo, engano e farsa e isso gera na equipe médica um grande transtorno, já o sintoma somáticos, por sua vez, obtêm por parte da medicina uma maior credibilidade. Souza Leão (2002) verificou que as reações da equipe médica ao discurso hístico podem variar entre os sentimentos de descaso, impaciência e frustração, além de ser um transtorno a prescrição farmacológica indiscriminada realizada pelos médicos justamente porque seus sintomas se prestam a diferentes interpretações e enganos. Destaca o autor que uma confusão de sensações é relatada por médicos em um serviço hospitalar quando

uma “falsa” queixa dolorosa é evidenciada. Segundo o autor observam-se diversas reações quando um discurso supostamente *inventado* pelo paciente é identificado pelo médico que o atende. Ele observou que essa reação pode variar, considerando entre outros fatores as questões transferenciais, de sentimentos de impotência, raiva, compaixão ou a simples negação, diante das restritas perspectivas de diagnóstico e cura. É comum que essas dúvidas se projetem diante dos profissionais: seria esse sintoma ilusão ou mentira? Ele é fruto ou não da de uma consciência voluntária? Existe um desejo deliberado pela dissimulação? Há de certa forma uma crença de intencionalidade consciente na conduta das histéricas.

De modo geral a “doença psíquica” tem menos *status* que as doenças ditas orgânicas. Mas, paradoxalmente, o corpo da histérica dá testemunho da impotência médica em curá-lo. Bem sabemos que este sentimento em relação à histeria não é novo. O próprio Freud num texto publicado em 1905a já destacava: “Não mais preciso desculpar-me pela extensão, já que agora se admite que as severas exigências que a histeria faz ao médico e ao investigador só podem ser satisfeitas pelo mais dedicado aprofundamento, e não por uma atitude de superioridade e desprezo” (p.19); portanto, a reação de impaciência, descrédito e menosprezo não resolve a questão e sim dedicar-se, debruçar-se sobre o relato e escutar.

Ávila (2002) reconhece que o médico, e aqui poderíamos estender seu discurso a todos os profissionais de saúde, apto para avaliar e investigar tudo que seja do orgânico, nada sabe fazer ou dizer sobre aquilo que é da ordem do mais profundo da existência humana: o sofrimento enquanto experiência significativa e subjetiva. Para tanto é necessário conceber um campo transferencial, coisa que a maioria dos médicos ignora, uma vez que tratam mais a doença do que o doente.

O dispositivo psicanalítico de transferência mudou não só a condução da terapia psicanalítica, quanto da sua teorização e pesquisa. Trata-se de um mecanismo que impossibilita o mero relato objetivo do caso de um paciente, ou seja, sugere que sua escrita seria, segundo Fernandes (2003), “duvidosa, se não impossível” (p. 42). Considerando-a, Freud definiu o aparelho psíquico sob os três pontos de vista: o tópico, o dinâmico e o econômico. Sendo que o ponto de vista econômico readquire segundo a mesma autora cada vez mais importância a partir de 1920, colocando em evidência a questão da intensidade e do excesso para o aparelho psíquico.

Em textos mais tardios de Freud, Fernandes (2003) busca construir uma reflexão sobre a função metapsicológica do corpo. Tal reflexão objetiva solucionar os impasses gerados, sobretudo com relação a esses pacientes histéricos ou somáticos. Com Fernandes (2003), seguiremos os passos de Freud na construção dos conceitos da metapsicologia. A autora

ênfatiza que tanto a função sexual quanto o sonho são fenômenos que transitam entre as funções psíquicas e somáticas, destacando a necessidade de uma maior compreensão desse trânsito, através da tentativa de acompanhar, em Freud, “os meandros da criação do seu projeto metapsicológico” (p. 55).

Freud postulava uma concepção diferente para o inconsciente. A concepção filosófica o definia como todo o material que não estivesse momentaneamente manifesto e, no entanto, para Freud esta definição se prestava mais ao pré-consciente cujo material é qualitativamente inconsciente, porém estaria mais próximo do material consciente por se reger pelos mesmos princípios. Freud entendia que para que os conteúdos permanecessem inconscientes, seria necessária uma “força” que os mantivesse neste estado. Essa “força” se arrefeceria em atividades como o sono e como o ato falho, permitindo que esse material se manifestasse. Essa “força” seria justamente o recalçamento, mecanismo que está na origem da criação do inconsciente. Sobre essa questão observa ele:

Esse conhecimento, posso asseverar, é imprescindível para o psicanalista, pois o sonho é um dos caminhos pelos quais pode aceder à consciência o material psíquico que, em virtude da oposição criada por seu conteúdo, foi bloqueado da consciência, recalçado, e assim se tornou patogênico. O sonho é, em suma, um dos desvios por onde se pode fugir ao recalçamento, um dos principais recursos do que se conhece como modo indireto de representação no psíquico. (Freud, 1905, p.18).

Além dessa fundamentação, outros conceitos seriam revistos a partir daí. Em *Além do princípio do prazer*, de 1920, Freud traz a tona a nova idéia de que no psíquico, para além do prazer, há também a morte e uma implacável compulsão à repetição. Nessa fase ele faz, em associação à introdução do conceito de pulsão de morte, uma referência à exigência do psíquico do retorno ao trauma. Subvertendo a pura lógica do prazer, Freud começa a levantar a possibilidade de que a dor e o desprazer possam ser vividos como prazer e a investigar os inúmeros impasses clínicos que essa conclusão demanda.

Esses impasses se relacionam e são mais bem compreendidos no texto *O problema econômico do masoquismo*, de 1924, onde ele consegue se deter com mais profundidade ao assunto. Num primeiro momento ele acreditava que o desprazer estava sempre relacionado a um acúmulo de tensão, enquanto o prazer à descarga. Portanto, todo seu processo de compreensão estava condicionado ao aspecto quantitativo da questão. Com a análise do prazer sexual e a observação de que nesse caso temos por si só um prazer e a descoberta de que nem toda ausência de tensão é prazerosa, ele chega à conclusão de que não pode considerar apenas

o fator quantitativo. Não é apenas a quantidade de energia tensional, mas suas características, trazendo assim um caráter qualitativo à discussão.

Freud (1924) estabelece uma aproximação entre o princípio do prazer e as pulsões de vida e de morte, introduzindo o princípio do nirvana, que seria semelhante ao princípio do prazer, só que aquele estaria à serviço da pulsão de morte. O princípio do nirvana se modifica para princípio do prazer, mas os dois conceitos não se equivalem. Como Freud (1924) escreve: “Em todo caso, precisamos nos dar conta que o princípio do nirvana, derivado da pulsão de morte, conheceu no ser vivo uma modificação através da qual ele se torna princípio do prazer, e nós devemos evitar manter os dois princípios como se fossem um só” (p. 12). O primeiro deriva da pulsão de morte e graças à libido a pulsão de morte que era desligada, se liga através do que se designa fusão pulsional. O princípio do prazer é então fruto da modificação que a libido opera na pulsão de morte (nas suas leis de funcionamento).

Um outro princípio, o da realidade, entra em cena. E a esse respeito Freud escreve:

O primeiro exemplo do princípio de prazer a ser assim inibido é familiar e ocorre com regularidade. Sabemos que o princípio de prazer é próprio de um método primário de funcionamento por parte do aparelho mental, mas que, do ponto de vista da autopreservação do organismo entre as dificuldades do mundo externo, ele é, desde o início, ineficaz e até mesmo altamente perigoso. Sob a influência dos instintos de autopreservação do ego, o princípio de prazer é substituído pelo princípio de realidade. Esse último princípio não abandona a intenção de fundamentalmente obter prazer; não obstante, exige e efetua o adiamento da satisfação, o abandono de uma série de possibilidades de obtê-la, e a tolerância temporária do desprazer como uma etapa no longo e indireto caminho para o prazer. (Freud, 1925-26, p. 20) [...] nós obtemos assim uma pequena, mas interessante, série relacional: o princípio de Nirvana exprime a tendência da pulsão de morte, o princípio do prazer representa a reivindicação da libido, e a modificação deste, o princípio da realidade, a influência do mundo exterior. (Freud, 1924, p.12-13).

O princípio da realidade filtra os estímulos externos, adiando a busca da satisfação e aumentando à tolerância a certa dose de desprazer se este ocorrer de forma temporária. Os princípios não se sobrepõem e agem tanto em relação aos aspectos quantitativos como qualitativos dos estímulos.

Então na segunda teoria do aparelho psíquico, Freud refaz, entre outros, os três conceitos básicos que podemos resumir assim: (1) descreve a segunda teoria pulsional com a introdução da pulsão de morte; (2) reconsidera a nova topografia do aparelho psíquico com o desenvolvimento dos conceitos de Id, ego e Superego; (3) e considera o ego o elemento organizador da imagem de unidade. Diferenciando-se do modelo de funcionamento anárquico e desorganizado do auto-erotismo.

Em relação ao auto-erotismo cabe uma observação. Freud, em 1914 dizia: “As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são experimentadas em relação às funções vitais que servem à finalidade de autopreservação”. Essa afirmação nos ajuda a compreender que esse modelo auto-erótico, mais arcaico, relaciona-se aos instintos de sobrevivência, portanto anterior ao investimento narcísico e ao desenvolvimento do ego, que se faz paulatinamente durante os primeiros anos de vida.

Segundo Fernandes (2003) é preciso lembrar que a tradição psicanalítica pós-freudiana conservou um interesse mais vivo em relação à primeira tópica que à segunda. Observa-se claramente isso, ainda segundo a autora, pela ênfase dada à compreensão dos distúrbios somáticos de acordo com o modelo teórico das neuroses atuais. Os textos de 1915 já contêm alguns elementos que Freud melhor explorará na segunda tópica, como diversos autores já assinalaram.

Segundo Hanns (1999), desde cedo Freud se preocupou em apresentar um modelo do funcionamento psíquico que não ficasse estrito ao mundo mental e com isso ele criou um conceito que estabelece uma correspondência entre o mundo psíquico e a fisiologia. Assim, o conceito de pulsão está relacionado ao projeto metapsicológico e às questões pertinentes ao corpo. A pulsão para Freud (1915) seria: “o representante psíquico das excitações que se originam no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corporal” (p. 17).

Porém, como o próprio Freud comenta, “a teoria das pulsões é a parte mais importante, mas também a mais incompleta, da teoria psicanalítica” (p. 84)⁴ e também, no nosso entender, a que dá margens a diferentes interpretações. Ou seja, a noção de pulsão é monista, pois integra corpo e psiquismo e, ao mesmo tempo dualista, pois separa as duas dimensões. Somos mais propensos a aceitar que se trata de um funcionamento simultâneo e que, para efeito de teorização, Freud distinguiu essas duas dimensões, pois não há ação sem carga energética.

Pulsão, amplamente definida como “um conceito limite entre o psíquico e o somático” foi abordada de forma distinta por Freud na primeira e segunda tópicas. No texto “*As pulsões e o destino das pulsões*” (1915) ele inicia sua descrição abrindo espaço para que tais modificações sejam melhores definidas, pois “na realidade, talvez tenha chegado o momento de confiná-los em definições. O avanço do conhecimento, contudo, não tolera qualquer rigidez, inclusive em se tratando de definições” (Freud, 1915, p. 123). Observamos, nessa

⁴ Essa frase foi acrescentada como uma nota de rodapé do texto Os três ensaios da teoria da sexualidade (1905b).

citação, a capacidade do autor de, ao mesmo tempo, levantar a necessidade de fundamentação do conceito de pulsão - pois o mesmo seria imprescindível para o desenvolvimento da teoria psicanalítica -, mas também manter aberta a possibilidade de novas articulações a partir da definição proposta.

Para a caracterização das pulsões Freud (1915) distingue quatro elementos: a pressão, a finalidade, o objeto e a fonte. A pressão (*Drang*) diz respeito ao “seu fator motor, a quantidade de força ou a medida da exigência de trabalho que ela representa” (p.127). A pressão é comum a todas as pulsões; pois é, de fato, sua própria essência. A finalidade (*Ziel*) sempre se refere à satisfação “que só pode ser obtida eliminando-se o estado de estimulação na fonte do instinto” (p. 128). O objeto [*Objekt*] é “a coisa em relação à qual ou através da qual o instinto é capaz de atingir sua finalidade” (p.128). Por fonte [*Quelle*] de uma pulsão “entendemos o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, e cujo estímulo é representado na vida mental por um instinto” (p.128). A pulsão interessava também pelos seus destinos, que Freud verificou que podiam ser: transformar em seu contrário ou retornar sobre a própria pessoa ou ser recalcada e sublimada. Sendo um conceito limite há de se esperar que nela se implicasse também o corpo e, assim, Freud atribuiu a este a fonte da pulsão.

Esses elementos se ordenam de forma a constituir o circuito pulsional, que representa o percurso da pulsão. Tal circuito se inicia a partir da geração de estímulos, que “provém de fonte orgânica interna, são gerados incessantemente e têm uma finalidade” (Hanns, 1999. p. 50); brotam de uma fonte somática, que os irradia. A onda de estímulos pulsionais se acumula, gerando a pressão, que por ser um acúmulo de energia, causa desconforto/ desprazer. Esse incômodo desencadeia uma necessidade/ urgência do sujeito de livrar-se do excesso através da descarga dos estímulos e conseqüente satisfação parcial. No grande circuito pulsional, “a ação que leva à descarga será guiada por imagens e afetos que representam e qualificam o objeto de satisfação desejado e o percurso para atingi-lo.” (Ibid, p. 51). No curto circuito, essa descarga se faz, sem uma ligação com uma idéia/ representação/ afeto, portanto desprovida de um sentido, desligada de uma simbolização. Assim o circuito pulsional próprio das psiconeuroses é aquele que passa pelo processo de representação, portanto, o grande circuito pulsional, já o circuito pulsional relativo às neuroses atuais e aos sintomas psicossomáticos parece dizer respeito a uma descarga imediata no corpo, sem acesso ao simbólico, ou seja, da ordem do curto circuito pulsional. Num e noutro vê-se a implicação do corpo nas psicopatologias.

Para Fernandes (2003, p. 79) “Freud considera o corpo biológico, essa materialidade do *Körper* (corpo), animado pela pulsão, o que nos remete; de certa forma ao *Leib*” (corpo, ventre). E acrescenta: “Essa ligação do psíquico com o corporal, essa incontornável corporeidade do sujeito, exige trabalho, trabalho psíquico, para conseguir lidar com as excitações que provém do interior de si mesmo” (Ibid, p. 79).

As modificações conceituais que se impuseram entre os anos que separaram a primeira e a segunda teoria pulsional, trouxeram uma série de desdobramentos. Em 1920, com *Além do princípio do prazer* e em 1923, com *O ego e o Id*, ele fez modificações e adicionou contribuições à teoria das pulsões. Fernandes (2003) destaca que ele articulou: “sexualidade, inconsciente e linguagem”, e essa articulação, por sua vez, foi responsável por novos desdobramentos da teoria psicanalítica. Sobre elas poderíamos destacar pela relevância: a passagem do corpo auto-erótico ao corpo narcísico que por sua vez estaria ligada ao surgimento do ego corporal.

Os desdobramentos podem ser percebidos na mudança de concepção das partes do corpo como zonas erógenas, para a idéia de que todo o corpo pode se comportar de maneira análoga aos órgãos genitais. Até então, segundo Fernandes (2003), ele havia considerado apenas, no contexto da sexualidade infantil auto-erótica, os órgãos genitais como localização dessas zonas erógenas.

Como se observa em Freud (1914, p. 20) “podemos decidir considerar a erogeneidade uma propriedade geral de todos os órgãos, o que nos autoriza a falar do aumento ou da diminuição desta em uma determinada parte do corpo. A cada uma dessas modificações dessa erogeneidade dos órgãos do corpo poderia corresponder uma modificação paralela do investimento de libido no ego”.

O Id, enquanto reservatório das pulsões é a instância do aparelho psíquico mais imediatamente ligada aos instintos e ao corpo, no entanto, cabe ao ego, pólo do aparelho psíquico ligado ao meio externo e a realidade, ordenar as pulsões e, por isso, ele é a instância ao qual o corpo se vê associado. Como destaca Fernandes (2003, p. 80) “é o ego o elemento identificado ao sistema percepção-consciência”. Ratificando essa afirmação aludimos ao texto da *Interpretação dos sonhos*, no qual Freud (1901, p. 34) ao se referir aos atributos do ego, relaciona-os à corporalidade: “a percepção interna fornece sensações de processos originados nas camadas mais diversas e certamente também nas camadas mais profundas do aparelho anímico”. No texto do *Ego e o Id* ele acrescenta:

A importância funcional do ego se manifesta no fato de que, normalmente, o controle sobre as abordagens à motilidade compete a ele. Assim, em sua relação com o id, ele é como um cavaleiro que tem de manter controlada a força superior do cavalo, com a diferença de que o cavaleiro tenta fazê-lo com a sua própria força, enquanto que o ego utiliza forças tomadas de empréstimo. A analogia pode ser levada um pouco além. Com frequência um cavaleiro, se não deseja ver-se separado do cavalo, é obrigado a conduzi-lo onde este quer ir; da mesma maneira, o ego tem o hábito de transformar em ação a vontade do id, como se fosse sua própria. Um outro fator, além da influência do sistema Pcpt., parece ter desempenhado papel em ocasionar a formação do ego e sua diferenciação a partir do id. O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Ele é visto como qualquer outro objeto, mas, ao tato, produz duas espécies de sensações, uma das quais pode ser equivalente a uma percepção interna. A psicofisiologia examinou plenamente a maneira pela qual o próprio corpo de uma pessoa chega à sua posição especial entre outros objetos no mundo da percepção. [...] O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície. Se quisermos encontrar uma analogia anatômica para ele, poderemos identificá-lo melhor com o ‘homúnculo cortical’ dos anatomistas, que fica de cabeça para baixo no córtex, estira os calcanhares, tem o rosto virado para trás e, como sabemos, possui sua área da fala no lado esquerdo. Ingressamos repetidamente na relação do ego com a consciência, mas existem alguns fatos importantes com relação a isso que ainda não foram descritos aqui. (Freud, 1923, p. 39).

Freud (1923, p. 39) diz que em relação a esses estímulos internos e externos, em algumas condições, o próprio corpo, “sobretudo sua superfície”, é um lugar de onde podem partir ao mesmo tempo percepções internas e externas. Ou seja, ao tocar o “objeto” corpo, estamos diante de um impulso tátil externo, mas que gera uma via de estímulo também interna. Fernandes (2003) completa que para o ego a percepção tem um papel análogo ao que a pulsão exerce para o id. Nesse caso será o próprio corpo que se tornará a “fonte” de todas as percepções. Nessa circunstância é dada ao corpo a possibilidade de distinguir diferenças, estabelecendo a fronteira entre o que é interno e o externo, constituindo também os espaços de dentro e de fora. Fernandes (2003) destaca ainda a idéia de que Freud propõe que o corpo é percebido como outro objeto e, ao ser tocado, estabelece também essa fronteira de interno e externo.

Segundo a autora, desde 1920, Freud descreveu o conceito de para-excitações no intuito de designar uma capacidade do organismo de se defender de estímulos externos, mas que esse mecanismo de “filtragem”⁵ e “atenuação”⁶ excitatória não se aplicava a estímulos internos. Sendo assim, diante do desprazer gerado por um excesso de estímulos dessa natureza, impressos diretamente sobre o sistema de percepção-consciência e sem a possibilidade de atenuação, temos a tendência de tratar esses estímulos como se fossem

⁵ Grifos meus

⁶ Grifos meus

provenientes do exterior e não do interior. Nesse caso, cabe ao aparelho psíquico, mais especificamente ao ego, certo controle quantitativo e qualitativo dessas excitações.

Nesse ponto nos parecem relevantes as contribuições de Anzieu (1989), com seu conceito de Eu-pele, que muito auxilia para a compreensão dessa primeira fronteira entabulada pelo bebê, no seu processo de individualização. Observa ele: “Por Eu-pele designo uma representação de que se serve o Eu da criança durante as fases precoces do seu desenvolvimento para se representar a si mesma como Eu que contém os conteúdos psíquicos, a partir de sua experiência da superfície do corpo” (Anzieu, 1989, p.44). E acrescenta:

[...] O Eu-pele é uma estrutura intermediária do aparelho psíquico: intermediária cronologicamente entre a mãe e o bebê, intermediária estruturalmente entre a inclusão mútua dos psiquismos na organização fusional primitiva e a diferenciação das instâncias psíquicas que corresponde à segunda tópica freudiana. (p. 4) [...] O Eu-pele é uma parte da mãe – particularmente suas mãos – que foi interiorizada e que mantém o seu psiquismo em estado de funcionar ao menos durante a vigília, tal como a mãe mantém nesse mesmo tempo o corpo do bebê num estado de unidade e solidez (Anzieu, 1989, p.12).

Tal como a pele mantém o esqueleto e músculos, sustentando sua estrutura, também o Eu-pele exerce a função de dar suporte e consistência ao psiquismo, segundo o mesmo autor. Ele atribui o sentimento de consistência às experiências de natureza tátil, que se devem à experimentação de um apoio de seus elementos sobre um eixo, freqüentemente a mãe. Afirmando que a pele, por sua estrutura e funções, antecipa, no plano do organismo, a complexidade do eu no plano psíquico, como esclareceremos adiante.

Para o autor esta sustentação vai sendo adquirida progressivamente pelo bebê à medida que a mãe se oferece como suporte ao corpo da criança. Portanto, a forma como ela segura e manuseia seu filho tem por consequência integrar paulatinamente as várias funções dispersas no sentido da aquisição de um corpo coeso. É pelo manuseio do corpo do bebê e pelo atendimento de suas necessidades primárias, que se torna possível alcançar este objetivo. Por necessidades aqui compreendemos não só as funções fisiológicas, mas toda carência sofrida pelo bebê, de qualquer natureza.

Anzieu (1989) destaca ainda que durante as primeiras experiências de satisfação da fome, através da amamentação e dos cuidados gerais do bebê, a criança é encharcada de carinhos, segurada, manuseada, enfim, inundada de estímulos como o calor e o cheiro da mãe, “e tudo geralmente acompanhado por um banho de palavras e de cantarolar” (Anzieu, 1989, p.

41). Ou seja, a importância dos primeiros cuidados não está somente no amamentar, o tato, o cheiro e a voz materna são elementos fundamentais na satisfação das necessidades de origens diversas do bebê e dão a ele as condições para a constituição de um ego corporal. Araújo (2007, p. 48) completa: “o cheiro que o corpo da mãe exala é um dos elementos essenciais na composição da memória a respeito desse estado prazeroso, pois ele não se restringe a substâncias odoríferas, mas, sobretudo, é carregada de uma significação simbólica”.

Essas atividades ligadas às primeiras satisfações infantis, para Anzieu (1989), conduzem progressivamente a criança, à diferenciação de uma superfície interna e outra externa, portanto um dentro e um fora, cabendo à pele a responsabilidade de ser esse órgão de fronteira. “O bebê passa a ter uma membrana limitante (a pele) que se coloca entre o eu e o não-eu, o bebê agora tem um interior, uma realidade interna, um esquema corporal e um exterior”, observa Pinto (2007, p. 426). Ao mesmo tempo em que a pele integra e agrupa os elementos internos, ela serve de suporte para que os estímulos externos sejam percebidos e modulados, separando dois espaços, mas permitindo certo grau de permeabilidade seletiva.

Essa possibilidade está embasada no fato do Eu-pele encontrar-se, segundo Anzieu (1989, p. 56), apoiado e receber o suporte de três funções fisiológicas da pele, a destacar: “1ª.) a pele como sendo uma bolsa que contém e retém em seu interior o bom e o pleno armazenados com os cuidados maternos; [...] 2ª.) a pele como uma interface que marca o limite com o fora e o mantém no exterior, funcionando como uma barreira que protege da penetração pelas agressões vindas dos outros [e ainda] 3ª.) a pele, ao mesmo tempo que a boca, é um lugar e um meio primário de comunicação com os outros”. Tais funções integram, portanto, três esferas, relacionadas à contenção, proteção e comunicação. A citação a seguir ainda esclarece:

Os cuidados da mãe produzem estimulações involuntárias da epiderme, quando o bebê é banhado, lavado, esfregado, carregado, abraçado. Além de que as mães conhecem bem os prazeres da pele do bebê – e os seus – e, com suas carícias, suas brincadeiras, elas os provocam deliberadamente. O bebê recebe esses gestos maternos primeiro como uma estimulação e depois como uma comunicação. A massagem se torna uma mensagem. A aprendizagem da palavra requer principalmente o estabelecimento dessas comunicações pré-verbais precoces. (Anzieu, 1989, p. 43).

Esses conceitos nos permitem pensar no toque, não só como forma de comunicação não verbal entre a mãe e o bebê, como também mecanismo de instauração do Eu-pele, de desenvolvimento do esquema corporal e do processo de individualização da criança. O toque

estimula as funções relacionadas à sensibilidade superficial da pele e os receptores proprioceptivos e, conforme esclarece Anzieu (1989, p. 45), “toda atividade psíquica se estabelece sobre uma função biológica. O eu-pele encontra seu apoio sobre as diversas funções da pele”. Essa origem biológica e proprioceptiva confere ao Eu-pele a possibilidade de se desenvolver com dupla habilidade: estabelecer barreiras que posteriormente servirão de base para os mecanismos de defesa psíquicos e filtrar as trocas com o Id, o superego e o meio exterior.

Essas particularidades fazem do toque um elemento imprescindível para a saúde psíquica do indivíduo. A relação entre a pele materna e a pele da criança, através do contato físico entre os corpos participa ativamente dos mecanismos que mais tardiamente darão origem à formação do sujeito. Araújo (2007, p. 44) conclui então que: “A pele, portanto, não se resume às propriedades orgânicas, mas participa da dinâmica inconsciente”, conferindo à pele o *status* não só de órgão dos sentidos físicos, como ponto primordial de trocas com o outro que posteriormente contribuirão para a formação do sujeito.

Além do toque, utilizado como forma de percepção do corpo e de interação com o outro, a dor é um dispositivo capaz de favorecer o reconhecimento e apreensão das partes do corpo, assim como dos órgãos e de suas relações com o todo corporal, funcionando como um sinal de alarme para si e para o outro de que algo não está bem.

Sabemos também muito pouco sobre a dor. O único fato do qual temos certeza é que a dor ocorre em primeiro lugar e como uma coisa regular sempre que um estímulo que incide na periferia irrompe através dos dispositivos do escudo protetor contra estímulos e passa a atuar como um estímulo instintual contínuo, contra o qual a ação muscular, que é em geral efetiva porque afasta do estímulo o ponto que está sendo estimulado, é impotente. Se a dor provier não de uma parte da pele, mas de um órgão interno, a situação é ainda a mesma. Tudo que aconteceu é que uma parte da periferia interna ocupou o lugar da periferia externa. [...] Sabe-se que quando os órgãos internos nos transmitem dor recebemos representações espaciais e outras representações de partes do corpo que de maneira comum não são absolutamente representadas em ideação consciente. (Freud, 1925, p.165).

Como se percebe acima, Freud não só confere a dor a capacidade de servir de instrumento para a percepção do corpo (e dos órgãos), como considera que diante de um fato de “real” incômodo ou importância, que desvie a atenção do aparelho psíquico, essa percepção da dor pode, inclusive se modificar e, por vezes, até deixar de se produzir. Fato esse decorrente da direção do investimento libidinal. Freud (1926, p. 167) observa que: “[...] quando há um desvio psíquico ocasionado por algum outro interesse, mesmo as dores físicas mais intensas deixam de seguir (não devo dizer ‘permanecem inconscientes’ nesse caso) pode

ser explicado por haver uma concentração de catexia no representante psíquico da parte do corpo que está emitindo dor”. E completa: “[...] a intensa catexia de anseio que está concentrada no objeto do qual se sente falta ou que está perdido (uma catexia que aumenta com firmeza porque não pode ser apaziguada) cria as mesmas condições econômicas que são criadas pela catexia da dor que se acha concentrada na parte danificada do corpo”.

No texto *Inibições, sintomas e ansiedade* (1926) ele sugere que a separação mãe-bebê, é para a criança fonte de dor e sofrimento. Isso porque nos primeiros momentos de vida o bebê não tem maturidade suficiente para entender que aquela ausência da mãe é apenas momentânea e percebe essa ausência como duradoura e definitiva. Como a inscrição de mãe para o bebê está ligada às sensações físicas de tato, de cheiro, etc; a ausência da mãe é vivida por ele como uma dor na carne. A cada saída materna é como se ele estivesse diante de um real abandono e não contasse mais com o outro para suprir suas carências.

Dessa forma, a ausência da mãe é vivida de forma traumática, estando nesse ponto a origem da dor; seja somática ou psíquica. A esse respeito Nasio (2008, p. 13) parte de dois pressupostos: o primeiro considera que a dor física ou psíquica é sempre um fenômeno de limite, “limite impreciso entre o corpo e a psique, entre o eu e o outro ou ainda entre o funcionamento regulado do psiquismo e a sua desregulação”. O segundo pressuposto é que, de certa forma, do ponto de vista psicanalítico, não existe diferença entre dor física e dor psíquica, como se percebe “[...] ou, mais exatamente, entre a emoção dolorosa e a dor psíquica propriamente dita”, justamente pela experiência algica, como propõe Souza Leão (2002), ser uma metáfora da unidade.

Embora a dor possa seguir um trajeto anatômico e biológico objetivos, ela também pode atingir um corpo que possui uma distribuição anatômica própria, como nos ensinou as histéricas. Como assinala Fernandes (2003) “tal anatomia se constrói a partir do cenário fantasmático de cada um”. Esse corpo, com suas referidas particularidades anatômicas, é justamente o que pode ser abordado psicanaliticamente. Ou seja, um corpo biológico, mas habitado pela pulsão e atravessado pela linguagem. Para Nasio (2008, p. 11) “[...] se desejamos saber por que nossos pacientes sofrem e por que nós mesmos sofremos, é preciso tomar a lente da metapsicologia e descer até o âmago do eu, para descobrir a psicogênese da dor”. Isso que dizer que no Eu se encontra a resposta e não há formação do eu, como já assinalamos, sem um corpo.

O corpo linguagem se constitui a partir da capacidade materna de investir libidinalmente no corpo do bebê. Quando atende às necessidades provocadas pelas sensações de desprazer que as secreções corporais impõem ao bebê, a mãe escuta um corpo que não é

mais o seu próprio e faz a passagem de um “corpo de sensações” para um “corpo falado”, como descreve Fernandes (2003). Convém mencionar ainda que, para Anzieu (1989), este interjogo mãe e filho inclui não só o contato corporal, mas também todo tipo de vocalização entre a dupla, como já citamos anteriormente, contribuindo de modo significativo para que o bebê possa começar a associar sons com estados afetivos próprios. Assim, essas vocalizações as quais se encontram submetidas as crianças configuram o envelope sonoro fundamental à emergência psíquica nessa fase da vida, pois garante, dentre outras coisas, uma experiência de reforço do envelope tátil, desenvolvido a partir do manuseio da criança.

Esse investimento libidinal só será possível se a mãe, além de atender as demandas decorrentes da necessidade do bebê, como por exemplo, higiene, alimento, entre outras, seja também capaz de nomear esse corpo. Fernandes (2003, p. 90) destaca inclusive a importância “da palavra da mãe no reconhecimento do prazer que a criança experimenta no seu próprio corpo, pois são esses prazeres parciais do começo que preparam o acesso ao gozo sexual, se esse corpo pode tornar-se um lugar unificado”. A mãe não só assegura a conservação da vida, como possibilita o acesso ao prazer por meio da erogenização do corpo. “Pode-se afirmar que o outro é o pólo investidor que vai transformar o corpo biológico em corpo erógeno” (Fernandes, 2003, p.91).

Por outro lado, convém esclarecer que se todo esse investimento materno é necessário para a constituição psíquica do bebê, também o é a ausência da mãe. Sem isso não há falta, sem a falta, não se estabelece o auto-erotismo e, por conseguinte, também ficarão comprometidas todas as aquisições subseqüentes que auxiliarão a constituição do corpo próprio, unificado e habitado pela linguagem.

Como nos destaca Fernandes (2003) “O percurso realizado pelos textos de Freud, tomando como ponto de partida o conceito de pulsão, permitiu enfatizar a primazia da erogeneidade supondo uma passagem do corpo auto erótico ao corpo narcísico, para chegar na idéia de um ego corporal” (p.92). Essa transição por sua vez só pode ser concretizada a partir de um encontro com o outro e da posterior falta do outro, compreendida na realidade como uma contradição que se estabelece entre “o confronto entre a alteridade e a ausência” (p.92).

Como se observa, o corpo para a psicanálise se coloca como um corpo diferente do corpo objeto das disciplinas de saúde e, do mesmo modo é diferente a maneira de abordar a dor e o sintoma corporal.

É somente quando a sensibilidade à dor em alguma parte do corpo constitui o sintoma, que este está em condições de desempenhar duplo papel. O sintoma da dor surgirá com não menor regularidade, sempre que a parte do corpo em causa seja

tocada de fora, do que quando a situação patogênica que representa seja associativamente ativada de dentro, e o ego tomará precaução a fim de impedir que o sintoma seja despertado através de percepções externas. (Freud, 1926, p. 169).

A visão de corpo da psicanálise auxilia no entendimento do sintoma fibromiálgico, foco principal deste estudo. As inscrições realizadas no corpo por seus efeitos psíquicos e a determinação das sensações corporais sobre o psiquismo e vice-versa podem colaborar para um maior discernimento a respeito dessa síndrome que tem na dor corporal seu principal sintoma.

Como poderemos notar no decorrer do capítulo seguinte, no qual faremos uma abordagem sobre o discurso médico sobre a fibromialgia, a interação entre as queixas dolorosas e contraturas musculares sobre o corpo e interações com o sofrimento psíquico estão intimamente marcadas. Nessa síndrome, assim como em outras de fundo psicossomático ou conversivo, essa interrelação entre os sintomas físicos e transtornos psíquicos estão intimamente ligadas.

Freud ainda considera a possibilidade de na presença de uma doença orgânica, ou de um trauma físico observarmos um despertar de uma neurose que até então se encontrava silente. O movimento contrário também pode ocorrer, ou seja, uma neurose pode desaparecer diante de um trauma psíquico severo, uma doença orgânica ou um grande acontecimento na vida pessoal. Nesse caso um sofrimento é substituído por outro, e mantém-se o estado sofredor. Teremos oportunidade de verificar esse tipo manifestação em um dos casos descritos no Capítulo 4, como se o sofrimento fosse usado para sustentar sua economia psíquica.

Fernandes (2003, p. 101) considera que o sujeito “se sustenta nesse sentimento de si mesmo dolorido e masoquista, como se a dor pudesse ser o testemunho da existência de um corpo vivo”. É comum tal relato na literatura e também no cotidiano de nossa prática clínica que a minimização dos sintomas fibromiálgicos esteja associada a acontecimentos significativos na vida dos sujeitos como uma gravidez ou uma viuvez inesperadas. Sobre essa questão Assoun (1998, p. 63) observa que diante de tais eventos o sintoma “se evapora de um momento ao outro, em coincidência – temporal - com um acontecimento externo”.

A enfermidade orgânica ou o infortúnio conjugal ou econômico se revela, por assim dizer, como uma terapêutica eficaz, pois ao expor o indivíduo a um sofrimento “extremo”, liberando-o de uma vida de sofrimento neurótico. Assoun completa que muitas vezes é mais fácil aceitar uma enfermidade orgânica, satisfazendo assim sua necessidade de castigo, e fazendo do corpo a morada da queixa. Voltaremos a essa problemática no capítulo quatro,

após a caracterização da fibromialgia, que sucede essa discussão e precede aos da análise dos casos estudados.

CAPÍTULO 3

CARACTERIZAÇÃO DA FIBROMIALGIA

As controvérsias sobre a fibromialgia (FM) são uma constante no estudo dessa patologia. Apesar dos avanços teóricos e tecnológicos das ciências da saúde, essa síndrome continua desafiando quem se propõe a pesquisá-la. Até a atualidade, muitas lacunas ainda precisam ser preenchidas no sentido de elucidar melhor a síndrome fibromiálgica.

Suas características, embora pareçam amplamente divergentes em cada portador, têm como ponto tangente e sintoma comum, além de mais incapacitante a dor. Ora, sabemos que o sintoma da dor está presente em quase todas as patologias, sendo por isso considerada como um sinal de que algo não vai bem. Portanto tal sintoma, em si, pouco esclarece sobre os processos patológicos, no entanto, no caso da FM, a dor passa a ser a queixa preponderante. Nessa patologia a queixa dolorosa assume um caráter de entidade própria, prova disso pode ser o fato de cada vez mais a patologia ser encaminhada para um algologista⁷, quando as possibilidades de controle da dor falham no tratamento reumatológico.

Para uma maior compreensão das nuances presentes no desenvolvimento da FM, convém primeiro, caracterizá-la conforme os estudos realizados pelas ciências da saúde. Há diferentes pontos de vista quanto a sua etiologia e tratamento e inclusive quanto à validação do diagnóstico e categorização nosográfica. Tais divergências, embora não sejam objeto primário desse estudo, ajudam no entendimento desta síndrome e corroboram para destacar a relevância do tema, justificando a necessidade de maiores estudos, como este que estamos empreendendo.

Para auxiliar a caracterização da síndrome, enquadraremos a FM sob o ponto de vista das ciências da saúde, esclarecendo sua sintomatologia e principais condutas terapêuticas aplicadas na atualidade, assim como destacaremos a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para a síndrome e por fim descreveremos como, até o momento, os estudos em psicanálise se posicionaram em relação à FM.

⁷ Médico especialista em dor.

3. 1. O ponto de vista das ciências da saúde

As primeiras referências históricas de quadros dolorosos semelhantes aos descritos na fibromialgia são da primeira metade do século XIX (Marques, 2004). No início do século XX, através da descoberta de pontos sensíveis à palpação, foi empregado, pela primeira vez, o termo fibrosite. Esse termo passou a ser usado para uma infinidade de transtornos de partes moles onde se observava reação inflamatória do tecido conjuntivo. Antes de sua adoção outros termos como: miofascite, miofibrosite, neurofibrosite haviam sido empregados por diversos autores para designar quadros inflamatórios semelhantes. Em 1981, o termo fibromialgia foi proposto e vem sendo adotado até o momento (Marques, 2004; Ribeiro & Pato, 2004).

Para alguns autores como Marques (2004) e Teixeira (2003) o termo fibromialgia foi proposto em 1976 por Hensch, e em 1977, Smythe e Moldofsky propuseram critérios para o seu diagnóstico. Os diversos estudos que surgiram, a partir de então, observaram que uma grande parte dos pacientes com fibromialgia apresentava, em comum, regiões anatômicas mais dolorosas salientando-se o epicôndilo lateral, a região costochondral e os grupamentos musculares da região cervical (Marques, Slompo & Bernardino, 2006; Teixeira, 2003).

Mas, segundo Teixeira (2003), anos antes, Beard nomeara de neurastenia (astenia, do grego, cansaço) uma gama de sintomas, típicos da sociedade norte-americana da época: fadiga, exaustão, insônia, dores lombares e dores de cabeça, ansiedade, depressão, dificuldade de concentração, falta de apetite e diminuição do desejo sexual e pela similaridade de sintomatologia, o termo passa também a descrever síndromes dolorosas musculares e esqueléticas, entre elas talvez a síndrome em questão.

Quanto à sua caracterização Marques, Assumpção e Matsutani (2007), consideram os seguintes critérios obrigatórios para o enquadramento na síndrome: dor generalizada acompanhada de rigidez importante, envolvendo três ou mais áreas anatômicas, durante pelo menos três meses, e ausência de causas secundárias. Entre as causas secundárias ainda destacam: patologias infecciosas ou neoplásicas, entre outras. Como critério maior descrevem a presença de pelo menos cinco pontos tipicamente dolorosos à dígito pressão e, como critérios menores, modulação dos sintomas por estresse e ansiedade, dificuldade para dormir, fadiga generalizada, cefaléia crônica, síndrome do cólon irritável, edema subjetivo e sensações parestésicas. Para os referidos autores os fibromiálgicos deveriam preencher os dois critérios obrigatórios, além de apresentar o critério maior ou ao menos três critérios menores.

Como podemos observar, o diagnóstico é eminentemente clínico e na maioria dos casos de faz por exclusão de outras patologias.

Sintomatologia

Uma vez cunhado o termo “fibromialgia” (FM) Wolfe, Smyth e Yunus, em 1990, citado por Marques (2004, p.1) propõem caracterizá-la como sendo “uma síndrome de dor difusa e crônica, caracterizada pela presença de pelo menos 11, dos 18 pontos anatomicamente específicos, chamados de *Tender points*, dolorosos à palpação de pelo menos 4 kgf”. Medida que se refere à força de palpação no ponto doloroso com o uso de um dolorímetro. Tal procedimento desencadeia dor localizada ou referida ao ponto e essa unidade se refere à quantidade de força aplicada. No paciente fibromiálgico há uma queda do limiar doloroso fazendo com que uma pressão relativamente pequena seja reconhecida como estímulo suficiente para desencadear dor. Além da dor, considerada o principal sintoma dos pacientes portadores desta doença, o mesmo estudo também identificou outros sintomas como fadiga e distúrbios do sono.

Como Marques, Collado e Santos (2006) também a consideram uma síndrome que se caracteriza por uma hipersensibilidade generalizada e cujos exames laboratoriais e de imagem disponíveis até a atualidade não detectam anomalias. Igualmente Bonadio, Gialluisi e Rehder (2006) também indicam a dor como seu principal sintoma e a ele agregam outras queixas clínicas.

Diversos autores concordam com Bozal e Iranzo (2002) ao considerar que nenhum achado clínico da síndrome é justificado ou explicado por fenômenos inflamatórios ou degenerativos. (Brasio et al., 2003; Oliveira & Camões, 2007; Piqueras Rodríguez et al., 2008), configurando-se, então, um grande desafio para o exercício da medicina.

Lopéz (2004) acrescenta que na fibromialgia poderia haver uma modificação da percepção dolorosa, configurando-se um estado de hipervigilância da dor. Como definição para o termo, propôs que nesse estado o paciente permaneceria em uma constante varredura do corpo para analisar e identificar quaisquer sintomas físicos interpretando-os como sensações álgicas. No caso sua atenção ficaria voltada para esses sintomas, conduzindo-o a uma maior percepção da dor, como consequência da diminuição do seu limiar doloroso. O

autor ainda agrega a esse estado a presença de outros sintomas somatosensoriais como alteração de tônus, distúrbios vasomotores, edema e hipo ou hiperestesia.

Esse dado é citado por outros autores que supõem coexistir um estado de desarranjo do sistema nervoso autônomo (SNA) o que justificaria o aparecimento de outros sintomas clínicos como: os distúrbios do sono, a fadiga e as parestesias. Além disso, é relatada uma hiperatividade simpática constante (Hernández, Viera & Bringas, 2005).

A rigidez, a fadiga, os distúrbios do sono e as parestesias são amplamente citados, além da depressão, da ansiedade, da perda de memória, das dores epigástricas, da dificuldade de digestão, da irritabilidade, da sensação de inchaço, de palpitação e de tontura. (Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2004; Almeida, Roizenblatt, Benedito-Silva & Tufik, 2003; Villarraga, Castellanos, Anaya & Tamayo, 2005). As alterações do padrão de sono na FM aparecem em decorrência da intrusão de ondas alfa no sono não REM⁸, ocasionando um sono fragmentado e não reparador, associadas a despertares intermitentes e conseqüente aumento do sono diurno. Ribeiro Sobrinho, Roizenblatt, Lopes, Teixeira e Tufik (2008) ao investigar a sonolência diurna diferenciou-a da fadiga crônica, pois no caso da primeira há um sono não reparador noturno e na segunda a fadiga é independente da qualidade do sono noturno.

Nos sintomas cognitivos estão: dificuldade de concentração, perda de memória, lentidão de raciocínio, etc. É natural que a presença desses sintomas comprometam a vida diária e profissional dos pacientes, como teremos oportunidade de verificar nos relatos dos sujeitos desta pesquisa. Munguía-Izquierdo, Legaz-Arrese, Moliner-Urdiales e Reverter-Masía (2008) ao estudar uma amostra considerável, observaram um decréscimo no nível de desenvolvimento cognitivo de um grupo fibromiálgico quando comparado a um grupo controle sadio. Foram elencados como prováveis causas para os resultados, tanto os altos índices dolorosos, como o estado de ansiedade e depressão que são característicos da síndrome.

Riberto e Pato (2004) incluem ainda em seus estudos queixas genito-urinárias, como prurido genital. Ainda podem ser acrescentados sintomas como: sensação subjetiva de edema, associação com distúrbios como síndrome do pânico, cefaléias e síndrome do cólon irritável, além de outros sintomas menos citados de naturezas diversas. (Bressan, Matsutani, Assumpção, Marques & Cabral, 2008)

Esses achados são comentados também por Hernández, Viera & Bringa (2005) que consideram a disfunção autonômica como causa possível. Os autores destacam que o sistema

⁸ Fase do sono conhecida como *rapid eye movement* (movimentação rápida dos olhos).

nervoso autônomo constitui o sistema fundamental de equilíbrio do organismo, controlando seus sinais cardiais como temperatura, pressão arterial, pulso, respiração, motilidade intestinal e vesical. A presença da hipotensão ortostática, associada aos sintomas acima descritos, reforça essa tese. Os autores em questão sugerem que a fibromialgia poderia ser um tipo de distrofia simpático reflexa⁹, generalizada. Ou seja, uma patologia também de etiologia desconhecida, caracterizada por uma disfunção do sistema nervoso autônomo, também conhecida na literatura médica pelos nomes de atrofia de Sudeck e síndrome de Renaud.

Aproximações com outras patologias

A utilização dos “Critérios de Classificação para Fibromialgia” do Colégio Americano de Reumatologia foi, considerado por Martinez (2006), um grande avanço para a sua inclusão em estudos científicos (Fernandez, 2003). Mas, para efeito de diagnóstico individual, tais critérios de classificação ainda deixam muito a desejar. Essa afirmação favorece a discussão e controvérsia quanto à fidelidade do diagnóstico na síndrome. A própria comunidade científica reumatológica considera que a FM ainda não está bem caracterizada, inclusive em seu enquadramento nosográfico. Muito se discute ainda entre os reumatologistas e outros profissionais de saúde como psiquiatras, neurologistas e ortopedistas, sobre as controvérsias no campo diagnóstico e terapêutico, abrangendo, inclusive, a validação da síndrome. Muitos desses profissionais defendem que na realidade não estamos diante de uma entidade clínica propriamente dita, no que são parcialmente rebatidos. A citação seguinte, cujos autores são reumatologistas e membros da sociedade brasileira de reumatologia, ilustra essa questão:

Uma doença que também merece ser destacada é a fibromialgia, com a qual o desenvolvimento científico sofre em parte em virtude das incertezas quanto à validade desse diagnóstico, bem como de nosso papel na abordagem desses pacientes. Apesar dessas incertezas, acreditamos que os reumatologistas devem manter sua liderança na formulação de questionamentos e condução das pesquisas, aproveitando os desenvolvimentos recentes nas áreas de neurobiologia e neuroimagem. (Rocha & Xavier, 2008. p. 01).

⁹ Doença estudada principalmente na neurologia, mas que vem sendo cada vez mais discutida em equipe multidisciplinar que se detém nos estudos das dores crônicas. São portadores dessa síndrome pacientes que tenham geralmente sofrido traumas físicos ou artrite de punho que, com a imobilização ou a diminuição do movimento desse segmento do corpo, desenvolvem um quadro doloroso, acompanhado de edema local e alterações ósseas. Os tratamentos preconizados são simpactectomia ou infiltrações anestésicas.

A preocupação quanto à validade dos diagnósticos da síndrome foi levantada no editorial de renomada publicação médica denominada: *Revista Nacional de Reumatologia*. No referido editorial essa questão é abordada como um dos desafios para o ano de 2008, embora essa controvérsia tenha, na verdade, mais de vinte anos. De certa forma, diferente de como eram observadas no início da década de noventa, época em que toda discussão girava em torno de validar a síndrome e encontrar exames laboratoriais sensíveis a uma identificação adequada, hoje as incertezas diagnósticas e terapêuticas da FM parecem contribuir para ampliar o descrédito do seu enquadramento. O que na década passada não se questionava tanto (se a síndrome existe ou não), atualmente é o foco da discussão. A década de noventa foi marcada pela certeza de que em pouco tempo se alcançaria uma resposta para a etiologia da patologia, assim como pelo desenvolvimento de diversas teorias fisiopatológicas que a justificassem. A não confirmação de nenhum desses argumentos colaborou para que uma corrente de médicos passasse a questionar sua validação. Cada vez mais parece que a síndrome se desloca para a alçada da psiquiatria, saindo do campo da reumatologia.

Collado e Santos (2006) exemplificam, de forma simplista, o quadro clássico da fibromialgia como sendo o da mulher de meia idade, que se queixa de que “lhe dói tudo”, e que já percorreu, sem sucesso, diversos especialistas. Apresenta-se com um extenso dossiê de exames radiográficos e laboratoriais e de receitas de tratamentos farmacológicos já adotados sem resultados satisfatórios. Ao final dessa peregrinação é encaminhada ao psiquiatra, como último recurso, já que não encontra causas orgânicas para os sinais clínicos e queixas observadas. O autor destaca ainda que a paciente sofre também com a incompreensão dos parentes, em razão de suas queixas dolorosas constantes e da incapacidade de realizar tarefas domésticas, sentindo-se, com isso, responsável pela deteriorização de sua vida familiar. Isso agrava seu estado emocional, que por sua vez serve de motivo para consolidar a indicação para o tratamento psiquiátrico.

Assim, a fibromialgia está comumente associada com transtornos psiquiátricos, sendo o sintoma da depressão o mais comum (Cavalcante et al., 2006; Santos et al., 2006). Ela causa um impacto negativo na qualidade de vida desses indivíduos, colaborando para o sofrimento e perpetuação dos sintomas, além de influenciar numa fase de vida produtiva para o trabalho, gerando prejuízos financeiros e sociais. Em estudo realizado na Associação Colombiana de Reumatologia, alguns autores identificam a depressão como um sintoma que atingiu a maior parte de sua amostra, sendo ela responsável pelos baixos índices de qualidade de vida desse grupo (Vilarraga et al., 2005).

De acordo com outros autores, pacientes com FM tendem a ter altos índices de queixas dolorosas e uma forte tendência à catastrofização. Há evidências de que sintomas físicos não explicáveis, como o edema que se inicia sem causa aparente, a alteração da tensão muscular, as náuseas, estejam associados a um estilo incomum de ligação interpessoal. Ou seja, normalmente são indivíduos com sérias dificuldades de estabelecer vínculos nas relações sociais, sugerindo tratar-se de pacientes com relacionamentos e com suporte social e emocional pobres. Esse padrão comportamental é fonte de angústia, que por sua vez é um elemento deflagrador e mantenedor das queixas, estabelecendo, portanto, um ciclo vicioso (Cavalcante et al., 2006).

García-Bardón, Castel-Bernal e Vidal-Fuentes (2006) sugerem que esses pacientes têm um repertório mais escasso de estratégias para o enfrentamento da dor, com redes de relacionamentos mais frágeis e reduzidas, além de vínculos sociais muito mais negativos que os observados na população em geral. Para ele a ansiedade crônica produz tensão muscular e aumenta a receptividade ou diminui a tolerância à dor, mantendo o “sentimento de dor” mesmo quando cessado o estímulo nociceptivo. Segundo Brasio et al (2003) a dor nesse caso pode ser descrita pela paciente como uma sensação de ardência, incômodo, fígada e ardor, que oscila de acordo com o decorrer do dia e sua intensidade está associada ao nível de ansiedade, de estresse e da temperatura ambiental. Em estudo realizado em 2004, para Pérez-Pareja et al., esses sinais marcantes de ansiedade são diferentes dos encontrados em outros tipos de doentes crônicos (diversos estudos comparam os níveis de ansiedade observados em portadores de artrite reumatóide, lúpus eritematoso e FM) e como Weidebach (2002) o perfil psicológico desses doentes está associado ao perfeccionismo, à autocrítica severa e a busca obsessiva do detalhe. Fator que invariavelmente tende a conduzir à frustração.

Nessa mesma direção Morales (2006) descreve tais pacientes como exigentes, cuidadosos, ordenados, honestos, morais e meticolosos; também como apresentando maior debilidade psicológica, com relatos frequentes de desesperança, pessimismo, dependência, passividade e uma tendência a relacionar os problemas sociais aos transtornos físicos, justificando-os. Há certo consenso, na literatura, da presença de alterações emocionais. Piqueras Rodrigues et al. (2008) esclarece que tristeza, ansiedade, fadiga, insônia, irritabilidade, déficit de concentração, desinteresse, apatia e hipocondria fazem também parte do quadro clínico clássico.

A identificação de sintomas psiquiátricos nessa síndrome dificulta não só na delimitação sintomática da própria síndrome, também no enquadramento clínico psiquiátrico. Mánhez et al. (2005) destaca que as controvérsias relativas ao papel da clínica psiquiátrica na

FM demandam pelo menos vinte anos de pesquisas, pois o estudo sobre o tema está longe de ser esgotado uma vez que seus resultados são ainda inconclusivos. Por exemplo, os principais sintomas psiquiátricos são amplamente descritos na maioria das doenças de caráter e evolução crônicas; além de serem inespecíficos e figurarem como queixa constante na população em geral.

O fato de a maioria dos sintomas serem subjetivos dá margem a acaloradas discussões sobre a validação do diagnóstico da síndrome. A dor, como seu principal sintoma, é responsável por isso, pois, conforme Carmo Fernandes (2003, p.18), na sua própria definição se destaca seu aspecto sensitivo e subjetivo fazendo dela uma percepção que remete à subjetividade da experiência dolorosa e que envolve aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais. Assim, a discussão sobre a fibromialgia sempre esteve envolta em controvérsias e polêmicas (Martinez, 2006). A começar pelo diagnóstico, e seguindo adiante pela condução do tratamento.

Concordamos com Cerqueira Leite e Pereira (2003) que todo sintoma comporta um gozo, mas na fibromiálgica, assim como ocorreu no caso da histeria há mais de um século, isso aparece de forma escancarada, provocando certo descrédito, por parte principalmente da comunidade médica, na veracidade das queixas apresentadas. Assim, a partir da primeira consulta médica se inicia um calvário de sofrimentos, não mais pela doença em si e sim pela maneira de abordá-la ou encará-la: de um lado encontra-se o paciente, ansioso por uma palavra esclarecedora sobre o seu mal e, do outro, o médico ante a dificuldade de categorizar tal patologia. Nesse sentido, observa Araújo (2006), a criação da nomenclatura “fibromialgia”, acalmou tanto os médicos, que passaram a dispor desse termo biomédico para validar os sintomas de tais pacientes como reais e não como simulações, quanto os próprios pacientes que passaram a se sentir satisfeitos ao serem reconhecidos e respeitados nas suas queixas.

No atendimento fisioterápico do Hospital da Polícia Militar do Estado de Pernambuco, constata-se isso. As pacientes encaminhadas para tratamento com diagnóstico de fibromialgia, manifestam certo alívio, pois agora sua doença tem identidade e, conseqüentemente para elas, maior probabilidade de tratamento. Para um melhor esclarecimento a respeito dessa dificuldade de obter o diagnóstico, abordaremos adiante o que os autores expõem sobre a questão, destacando que essa dificuldade está relacionada não só ao paradigma psico-físico ainda vigente, como sugerimos no primeiro capítulo desta pesquisa, como também na forma como a patologia vem sendo conduzida, muitas vezes ainda sem uma interação multidisciplinar.

Diagnóstico e controvérsias

Apesar dos inegáveis avanços no campo diagnóstico para a extensa maioria das patologias, sob o ponto de vista das doenças como a patologia em questão, muito ainda precisaremos avançar. Essas patologias ainda configuram como um problema para os paradigmas do ensino atual das disciplinas ligadas à medicina que requerem precisão e objetividade nos critérios diagnósticos. Araújo (2006) chama atenção ao fato de os pontos dolorosos serem identificados como critérios objetivos de diagnóstico e, ao mesmo tempo, envolverem o subjetivo da expressão do paciente e da interpretação médica. Isso o levou a apontar que pelo menos a metade dos pacientes diagnosticados como fibromiálgicos não preenchia os critérios de sua definição e cerca de um quarto poderia se enquadrar em outras síndromes, dependendo do especialista consultado. Observou também que os critérios diagnósticos atuais (dor em pelo menos onze dos dezoito pontos dolorosos anatomicamente determinados, associada à permanência das queixas álgicas por pelo menos três meses) não apreendem a essência da doença.

Helfenstein (2006) levanta inclusive a polêmica de equívocos produzirem falsos diagnósticos de doenças ocupacionais, que inflamam a discussão sobre compensações advindas do afastamento do trabalho, reiterando a dificuldade de estabelecer um diagnóstico satisfatório. Aprendemos com Bombana (2006) que o diagnóstico de um paciente pode ser fortemente influenciado pelo contexto e pela especialidade médica de quem o faz. A FM, como uma patologia polissintomática, é considerada como uma síndrome de somatização, muitas vezes confundida como uma doença secundária à depressão ou com a síndrome da fadiga crônica. (Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2004). Tal confusão se dá segundo Máñez, Fenollosa, Martínez-Azucena e Salazar (2005), porque a dor e a baixa qualidade de sono são consideradas fatores predisponentes e desencadeantes da depressão. Segundo a Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004), a dor é real, sendo os distúrbios psicológicos secundários à dor.

A sobreposição de diagnósticos leva à seguinte indagação: são vários fenômenos clínicos distintos ou discretas diferenças de apresentação de uma única entidade? A resposta a essa questão não nos parece próxima de uma solução conscienciosa. A fisiopatologia é sugerida por diversas hipóteses, e os exames laboratoriais não confirmam nem refutam o

diagnóstico. As especulações giram em torno da relação de causa e efeito entre sintomas como a dor, a depressão, a síndrome do pânico e a ansiedade.

Tendência atual e tratamento

Em relação à fisiopatologia da doença, assim como em outros aspectos da síndrome, ainda não temos uma posição definitiva. O modelo fisiopatológico que melhor descreve a fibromialgia parte da observação de que o aparecimento dos sintomas dolorosos ocorre de forma geralmente espontânea, simétrica e num sentido craniocaudal, contrariando uma hipótese de lesões periféricas e sugerindo uma origem nervosa central para a síndrome. Substratos funcionais para a hipótese de percepção dolorosa incluem a elevação da concentração de substância P¹⁰ e os distúrbios metabólicos do metabolismo da serotonina (Riberto & Pato, 2004).

Conforme contribui Collado e Santos (2006) o fenômeno central na fisiopatologia da fibromialgia se traduz numa condição de hiper excitabilidade central do sistema da transmissão da dor, associada a um estado anormal e persistente de sensibilização central e periférica do sistema do nociceptivo. Observa-se um incremento dos fenômenos de somação temporal e espacial da dor, gerados por esse estado de estímulo prolongado.

Não há de se estranhar, portanto, que esse estado de excitação constante desencadeie estímulos tônicos no aparelho locomotor que facilmente convertem estímulos originariamente mecânicos em sensação nociceptiva. Pelo mesmo mecanismo há também uma ativação mantida dos sistemas de alerta, levando a uma hiperatividade do sistema neurovegetativo associada ao comprometimento em longo prazo do sistema neuroendócrino determinando uma dificuldade de reverter o processo. Essa hipótese corrobora no sentido de justificar sintomas como os distúrbios do sono e a síndrome do intestino irritável, assim como a ocorrência dos sintomas em ciclos viciosos.

Ainda sobre o tema, Morales (2006) contribui, considerando que distintos fatores poderiam estar implicados na fisiopatologia da fibromialgia e entre eles poderíamos destacar: a alteração de fases do sono, uma resposta anômala do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal

¹⁰ A substância P (SP) é um neuro modulator presente em fibras nervosas do tipo C, não-mielinizadas. Considerando a participação da SP nas respostas dos neurônios nociceptivos, qualquer distúrbio da sua produção, atividade funcional ou degradação pode resultar numa percepção dolorosa alterada.

em períodos de estresse, alterações neurofisiológicas ou de neurotransmissores (serotonina, substância P, somatostatina C, endorfinas), transtornos psiquiátricos como a ansiedade ou a depressão, assim como fatores do tipo psicossocial ou ambiental.

Segundo Bressan et al. (2008) suas causas ainda são desconhecidas, podendo envolver predisposição genética, alterações neuroendócrinas, psicossomáticas e do sono, incluindo outros fatores externos como: traumas físicos, artrite periférica e possível micro trauma muscular por falta de condicionamento físico. Além disso, a presença de outras variáveis que podem influenciar a sintomatologia são também observadas como: alterações climáticas, grau de atividade física e estressores emocionais.

Nessa situação consoante Collado e Santos (2006) argumentam que tanto estressores físicos como psicológicos cotidianos teriam potencial para aumentar a sensibilização contribuindo para a manutenção do quadro, destacando que diversos fatores também poderiam influenciar esses aspectos como: predisposição familiar ou genética, enfermidades crônicas associadas de caráter emocional ou físico e acontecimentos traumáticos de natureza diversa.

Conforme descreve Paiva (2003) o limiar da dor dos pacientes com fibromialgia é pelo menos duas vezes menor que o observado em grupos controle, quando utilizadas escalas visuais analógicas. Esses dados foram evidenciados através de exames com ressonância magnética detectando áreas de ativação cortical diferenciadas nos pacientes em questão demonstrando, portanto, que sua percepção da dor é real e não comportamental.

Estudos epidemiológicos na fibromialgia ainda são escassos. Nos Estados Unidos a prevalência foi de 2,5% na população acima de 18 anos de ambos os sexos, sendo de 3,4% no sexo feminino – com maior incidência nas mulheres acima de 50 anos - e 0,5% no sexo masculino. (Marques, 2004). Já Villarraga et al. (2005) indica índice um pouco mais alto na população em geral (de 3 a 10,5%), mantendo a prevalência em mulheres.

No Brasil, assim como em outros países em desenvolvimento, ainda não há estudos epidemiológicos que forneçam dados quanto à frequência dessa síndrome. Porém estima-se que sejam semelhantes aos dados internacionais.

Com o crescente desejo na melhoria da qualidade de vida, os custos com diagnóstico e tratamento das doenças crônicas tendem a ser cada vez maiores. Além de viver mais, as pessoas anseiam viver bem. Entretanto, os principais sintomas relatados na síndrome fibromiálgica diminuem consideravelmente a qualidade de vida dos portadores, configurando um problema de saúde e social, que requerem uma abordagem multifatorial e aumenta consideravelmente a utilização dos serviços ambulatoriais.

Como formas de quantificação desses descritores da qualidade de vida em pacientes fibromiálgicos foram testados e validados diversos instrumentos como o *Fibromyalgia Impact Questionnaire* (FIQ). Ele avalia o estado, progressão e prognóstico de pacientes com fibromialgia, medindo os aspectos do estado atual de saúde daqueles que se consideram mais afetados por esta enfermidade. Tal recurso foi considerado válido em diversos países, inclusive no Brasil, para mulheres fibromiálgicas (Marques, 2004; López, Campayo, Lou & Ibáñez, 2004; Amaro, Martín, Anton Soler & Granados, 2006).

López et al. (2004) já levantava a necessidade de estudos que pudessem avaliar o impacto psicológico dos sintomas sobre a vida dos indivíduos portadores da síndrome, considerando necessária a realização e validação de instrumentos que preencham tal lacuna. Neste estudo cita o *FibroFatigue Scale* como um artifício confiável para observação e quantificação dos sintomas tanto da fibromialgia, quanto da síndrome de fadiga crônica. O autor identificou que o diagnóstico de episódios depressivos, tanto atuais como passados, é mais freqüente em pacientes com fibromialgia (71%), comparados com grupos controle (12%), corroborando com estudos similares que demonstram que a depressão influencia na percepção da dor musculoesquelética, tornando-a mais intensa. Algo similar ocorre com respeito aos transtornos de ansiedade.

O tratamento da fibromialgia é tão controverso quanto o seu diagnóstico. A literatura relata um arsenal de técnicas e abordagens que incluem o tratamento medicamentoso como: o uso de injeções analgésicas nos pontos dolorosos, a prescrição de antidepressivos, relaxantes musculares e antiinflamatórios. Paralelo ao tratamento medicamentoso, ainda podem figurar as indicações de terapia cognitivo-comportamental, de diversas modalidades de tratamento fisioterapêutico e de programas de condicionamento físico, de técnicas de relaxamento, de *biofeedback* e de acupuntura. Em vários países da Europa e do Oriente Médio, segundo Andrade, Carvalho, Soares e Vilar (2008), utiliza-se as terapias em estâncias termais, utilizando a balneoterapia¹¹ e talassoterapia¹², modalidades de tratamento tradicionalmente indicadas para as doenças reumáticas. Apesar da proximidade e facilidade para adoção dessas modalidades terapêuticas, elas não são tão freqüentes no Brasil, pela falta de evidências científicas.

¹¹ A balneoterapia é definida como tratamento por meio de banhos de qualquer origem, podendo ser com a água do mar, não necessariamente inserido no ambiente marítimo, havendo controle do ambiente de tratamento e preservação dos potenciais princípios terapêuticos da água do mar

¹² A talassoterapia consiste de modalidade terapêutica que combina banho na água do mar, clima marinho e radiação solar.

Em um estudo experimental, Bressan et al. (2008) obteve como consequência uma diferença estatisticamente significativa, com resultados satisfatórios na utilização de exercícios de alongamento para alívio dos sintomas na FM quando comparados a exercícios de condicionamento físico, com a ressalva de ter uma amostra reduzida de pacientes fibromiálgicos em cada grupo de intervenção terapêutica. Mesmo assim, o autor não deixa de tecer críticas sobre os limites de cada abordagem. Comenta ele:

Atualmente, o tratamento medicamentoso isolado não tem sido suficiente no controle da sintomatologia da FM e na melhora dos aspectos envolvidos na qualidade de vida, tornando-se necessária a associação de outras terapias como a cognitivo-comportamental, *biofeedback*, programas educacionais, acupuntura, bem como a fisioterapia, que dispõe de recursos como eletroterapia, massoterapia, hidroterapia, exercícios aeróbios e alongamento muscular. [...] Como já ressaltado, a FM gera um impacto negativo na qualidade de vida, necessitando um tratamento mais amplo e multidisciplinar, já que a sintomatologia dessa síndrome é complexa e não envolve somente aspectos físicos, mas também sociais e emocionais. Na literatura, não foi encontrado esse enfoque multidisciplinar, que pode ter sido omitido ou mesmo não englobado no tratamento, sendo que a maioria dos artigos deu enfoque apenas ao tratamento físico, seja por meio de alongamentos, condicionamento físico ou outros recursos. Não foram envolvidos, assim, todos os aspectos da qualidade de vida, o que seria fundamental, quando um dos objetivos do tratamento proposto é a sua melhora. (Bressan et al., 2008. p.91-92).

Nessa mesma direção, aparecem os estudo de Brasio et al (2003) nos quais ele comparou três técnicas de intervenção psicológica e observou um decréscimo parcial de fontes desencadeadoras e mantenedoras do estresse como: crenças irracionais, ansiedade, depressão e inassertividade. Entretanto, tais resultados são ainda modestos e ele sugere que sejam aplicadas técnicas de intervenção de longo prazo e não as que captem alterações momentâneas, facilmente influenciadas por contingências da vida recente do paciente.

Em relação ao prognóstico, acontece o mesmo, poucos são os estudos de análises longitudinais. Os dados literários parecem indicar que os sintomas tendem a uma estabilização ao longo do tempo, embora se saiba pouco sobre a evolução da FM a médio e a longo prazos (Martinez et al., 2001). Questiona-se se essa estabilização decorreria do curso natural da doença ou da ineficácia das medidas terapêuticas recomendadas. Os autores também observaram um decréscimo da ansiedade no decorrer de cinco anos do curso da síndrome. Justificaram esse dado através de duas prováveis causas: a certeza de não evolução maligna do quadro (quanto a fatores como deformidade, incapacidade funcional severa, etc.) e o aumento do conhecimento sobre a síndrome tanto por parte dos pacientes, como dos profissionais de saúde e familiares. Considera-se que esse último fator diminui consideravelmente o descrédito por parte da equipe de saúde e familiares com relação aos

sintomas apresentados pelos pacientes que caso contrário configurariam como grande fonte de angústia.

Não encontramos referências relevantes quanto ao tratamento de fibromiálgicos utilizando a terapia psicanalítica, mas acreditamos que a visão psicanalítica de corpo poderia contribuir para a elucidação de algumas interações sintomáticas na síndrome. Exemplos dessa possibilidade de contribuição podem ser observados nos fragmentos de relatos informais das pacientes, durante o atendimento fisioterapêutico ambulatorial, objeto de nossa pesquisa de campo e que, inclusive serviram de base para a elaboração do projeto de pesquisa que antecedeu o desenvolvimento deste trabalho.

Nesse sentido o primeiro estudo que propõe a aproximação dessa síndrome à teoria psicanalítica o faz através viés da psicopatologia. Trata-se do trabalho publicado em 2003, por Cerqueira Leite e Pereira, cujo objetivo foi contribuir para elucidação dos aspectos subjetivos envolvidos no quadro. Os estudos psicanalíticos sobre a fibromialgia e psicanálise se concentram no entendimento sobre a dor e o sofrimento no feminino. Com esse mesmo espírito, empreendemos este trabalho. Partimos da incapacidade de explicar, justificar e entender os sintomas dessa síndrome que afetam mais as mulheres. Também nós queremos dar realce sobre a especificidade do sofrimento feminino no contexto dessa patologia, afinal na nossa experiência de atendimento no Hospital da Polícia Militar de Pernambuco são mulheres, assim como, nos casos aqui estudados. Estudos sobre a histeria, sobre as neuroses atuais, sobre a hipochondria e até mesmo sobre quadros depressivos ajudam a fazer certas aproximações com essa síndrome.

É comum encontrar certa associação entre a exacerbação dos sintomas físicos e discursos carregados de angústia. Nesse sentido, como a seguir iremos expor, defendemos que por ser multifatorial, desde o seu diagnóstico, passando pelas abordagens terapêuticas a FM necessita de uma visão que contemple essa especificidade.

3. 2. A FM como uma patologia que requer uma visão multidisciplinar

As divergências e incertezas quanto ao diagnóstico e à etiologia se estendem para o campo da terapêutica. Parte dessas controvérsias se deve a imprecisão no enquadramento nosográfico. Assim, o reumatologista pode avaliar e observar um predomínio de sintomas

álgicos e mioarticulares, enquanto um clínico pode se ater principalmente aos sintomas digestivos, o neurologista aos distúrbios do sono e o psicólogo às alterações cognitivas e/ou comportamentais e emocionais, ficando cada profissional voltado apenas para seus objetos de estudo.

A variedade de sintomas acresce um grau de dificuldade tanto no diagnóstico quanto na terapêutica adequada. Um e outro exigem conhecimentos específicos de diferentes áreas de atuação da saúde, tornando impossível reunir em um só profissional as qualidades necessárias para a condução do caso, sobretudo num contexto atual em que a medicina cada vez mais se especializa, perdendo, muitas vezes a visão de totalidade. Nesse sentido Araújo (2006) e Helfenstein (2006) criticam o modelo atual de construção dos diagnósticos e tratamento das doenças. Na maioria das vezes se dá mais importância ao exame complementar que substitui ou sobre põe o exame clínico com uma escuta minuciosa das queixas.

Há um consenso na literatura de que o tratamento da FM, devido a sua complexidade e sobreposição de sintomas, requer uma abordagem biopsicossocial e multidisciplinar. Uma análise diagnóstica e terapêutica multi e interdisciplinar diminuiria a possibilidade de desacertos e minimizaria as distorções, sendo considerada ineficaz uma abordagem terapêutica que não enfatize essa diversidade (Teixeira, 2003; Piqueras Rodríguez et al, 2008).

Mas esse tipo de proposta não se dá sem conseqüências, ou seja, sem uma tensão entre diferentes pontos de vista. Quartilho (2004), por exemplo, considera que há uma dissonância conceitual entre uma perspectiva biomédica e uma interpretação biopsicossocial. Por outro lado considerar para efeito de diagnósticos os dados objetivos com a presença dos pontos dolorosos, não contempla a complexidade da síndrome. Araújo (2006) propõe, então, uma reestruturação da forma de obtenção dos diagnósticos em fibromialgia. Observa ele:

Contextualizar a dinâmica da FM como a ruptura de um *continuum* construído pelo paciente com seu modo de lidar com estresses abre perspectivas que implicam nos diferentes significados das doenças e suas responsabilidades individuais e sociais, como nos diagnósticos de lesão por esforço repetitivo ou distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (LER/DORT). Essa diversidade desafia a postura médica frente às normas estabelecidas pela perícia e concessão de benefícios públicos. Sobre esse assunto, Aronowitz, em seu livro *Making Sense of Illness* [apud Araújo, 2006], publica um inovador documento histórico científico sobre as controvérsias e de como as doenças podem mudar de significado ao longo dos tempos pelas mudanças de suas hipóteses etiológicas. (Araújo, 2006. p. 58).

Araújo (2006) considera ainda que excluir das consultas a contextualização do problema do paciente, a relação processual com suas histórias de vida e as construções sociocognitivas significa eliminar a percepção das essências desses processos, cujas

construções não conseguem ser integralmente explicadas pelo conhecimento biomédico. Além disso, deve-se utilizar a depressão, a insônia e a dor como sintomas comuns presentes também em outras síndromes funcionais somáticas e que, por esta razão funcionariam como objetos fronteiras¹³ que integram o trabalho multidisciplinar, correlacionando as disciplinas médicas (neurologia, reumatologia, etc.), a fisioterapia, a antropologia, a psicologia e, segundo nossa compreensão também a psicanálise:

Esse é o grande desafio para o profissional com formação, prática e construções biomédicas: construir um ver formativo e perceber as interações dos fatores biopsicossociais. Valorizar a multiplicidade dos fatores: a susceptibilidade genética e sua interação com os fatores sociocognitivos, biológicos, psicoemocionais, familiares, do gênero e ambientais, assim como buscar a integração dos diferentes sistemas para compor a visão do todo, implicam em transformações conceituais curriculares e na formação dos professores. São processos lentos que implicam em mudanças conceituais dos modos de pensar e exercitar o pensamento, necessárias para a conquista da harmonia dos diagnósticos e das práticas periciais. Portanto, interagir o estudo dos diferentes sistemas auxilia na percepção da importância da transformação epistemológica que amplia o modo de pensar, disjuntivo e redutor, para o encontro do complexo com a real interpretação do significado dos modelos da expressão corporal. (Araújo, 2006, p. 59).

Logo, a interdisciplinaridade precisa ser mais praticada, envolvendo profissionais de saúde, mas também as contribuições da sociologia, da antropologia, enfim das ciências humanas. Os estudos epidemiológicos, ou os que analisam níveis de dor e eficácia dos protocolos terapêuticos, devem considerar não só fatores como sexo e idade, como fatores sociais, culturais, de gênero, etc. Nicolescu apud Pilla (2003) propõe a interação e interlocução entre as disciplinas das ciências da saúde e a psicologia, buscando não só aquilo que as une, mas também o que as atravessa, buscando, inclusive, formular propostas para além delas, já numa perspectiva bem mais transdisciplinar.

Ante o exposto, o diagnóstico da síndrome fibromiálgica não pode ser encarado apenas como um alívio. Isso credita o doente e a doença, estabilizando muitas vezes o quadro, mas como vimos não soluciona todos os impasses. Ela continua a exigir uma percepção clínica mais criteriosa e aberta a diferentes visões. Consideramos que muito ainda temos a avançar no sentido diagnóstico e terapêutico e, nesse contexto, fomos então buscar na literatura psicanalítica o que ela tem a nos dizer.

¹³ A categoria boundary object (objeto fronteira), foi proposta por Star apud Araújo (2006) para standardizar os métodos e como atividade central para a tradução e comunicação entre os diferentes pontos de vista, ou seja, como possibilidade de integração articulação e diálogo entre as diferentes áreas de conhecimento científico.

3. 3. A literatura psicanalítica sobre a fibromialgia

Cerqueira Leite e Pereira (2003) pretenderam em seu estudo fazer uma primeira aproximação, sob o vértice da psicopatologia, da síndrome fibromiálgica. Os autores acreditavam que a reflexão sobre os aspectos psíquicos envolvidos nessa síndrome dolorosa poderia contribuir nos estudos sobre o sofrimento e a dor no feminino. Para esses autores ela podia ser considerada como um fenômeno que se inscreve em uma organização de personalidade psicossomática ou histérica, mas que acima de tudo fornece material valioso para uma reflexão mais aprofundada sobre as formas de dor e sofrimento no feminino.

No nosso estudo, buscamos entender o sofrimento e a dor na fibromialgia a partir da visão psicanalítica, ou seja, compreender como a perspectiva psicanalítica poderia ser utilizada para mais claramente contribuir para o entendimento do sofrimento nas mulheres diagnosticadas como fibromiálgicas.

García (2007) questiona até que ponto não se pode reconhecer na síndrome fibromiálgica o transtorno conversivo histérico. Para ele a dor e a fadiga, queixas constantes do paciente fibromiálgico, são sintomas somáticos e também formas de defesa frente aos conflitos, destacando ainda os ganhos compensatórios associados ao padecimento. Ou seja, uma série de compensações acompanha o padecimento: o aumento da tolerância familiar, com aumento da demanda de cuidados para com o membro enfermo e até a diminuição das obrigações laborais e das atividades da vida diária.

Sendo uma patologia multifatorial e complexa, a fibromialgia acomete não apenas o corpo físico, *real* e objeto das intervenções em saúde, mas atinge também os sujeitos em sua economia psíquica, razão pela qual podemos considerá-la como uma manifestação psicossomática e, como tal, não concebe ao corpo a possibilidade de ser apreendido apenas como um organismo biológico, como visto no capítulo em que discorremos sobre o corpo e a perspectiva psicanalítica. A fibromialgia acomete *àquele* corpo, o corpo subjetivo da psicanálise, investido libidinalmente pelo outro e atravessado pela linguagem, sobre o qual nos referimos no capítulo anterior desse trabalho.

Como García (2007) destaca, os escassos estudos que aproximam a psicanálise da FM tendem apenas a aproximar a fibromiálgica à histérica, não só pela presença da dor, que é sem dúvida o ponto comum e principal sintoma, como pela incidência maior em mulheres, como se observa:

A satisfação pulsional obtida por meio do sintoma é bastante evidente na histeria, embora seja um fim em qualquer outra manifestação sintomática do vasto campo psicopatológico. Ou seja, todo sintoma comporta um gozo, mas isso é escancarado na histeria, provocando um descrédito em relação à sua dor. A clínica mostra-nos que aquilo que se deixa ver muito facilmente na histeria mascara, de fato, um sofrimento mudo, impedindo que o outro possa ser verdadeiramente afetado pelo que faz sofrer a histérica. (Cerqueira Leite & Pereira, 2003, p. 98).

É um consenso afirmar que os sintomas não são estanques, eles se modificam conforme as exigências socioculturais e suas épocas de ocorrência. Isso tem obrigado a psicanálise a estar aberta e disposta a perceber infinitas possibilidades de articulação sintomáticas, muitas vezes inusitadas. Os sintomas impressionam pela sua plasticidade. Como observa Teixeira (2006), os fenômenos psicossomáticos constituem uma expressão significativa da clínica psicológica na atualidade. A clínica mostra as atuais facetas dos modos de subjetivação postos em cena pela psicopatologia somática, evidenciando como o imaginário da época colore o panorama sintomático dos sofrimentos subjetivos. Os destinos da emergência do corpo na clínica psicológica situam-no como veículo e plataforma do sofrimento, deixando-se falar através das queixas somáticas e da ausência de implicação do sofrimento na história do corpo doente, o sofrimento toma corpo quando lhe é impossível tomar voz.

Cerqueira Leite e Pereira (2003) afirmam que a dor na paciente fibromiálgica estaria ligada intimamente com uma forma de proteção à sua integridade pulsional como se nota no texto seguinte:

A dor física, assim como os sintomas histéricos, exige um hiper investimento narcisista ligando todo o excesso, escapando assim do nada que associamos à melancolia. De outra forma, o excesso pulsional desligado de uma representação poderia escoar por um “buraco hemorrágico”, deixando o sujeito entregue ao risco de uma falência pulsional ou, em outras palavras, de uma morte psíquica. (Cerqueira Leite & Pereira, 2003, p. 103).

As controvérsias em relação ao tema não se restringem apenas aos aspectos biomédicos e diagnósticos da síndrome, como evidenciamos no capítulo que caracteriza a fibromialgia como uma doença contemporânea. A tendência de associá-la à histeria é um fato. Cerqueira Leite e Pereira (2003), García (2007) e Marques et al. (2006) a consideram como um quadro clínico contemporâneo da histeria. Uma espécie de versão moderna do quadro descrito por Freud no século XIX. Essa forma de encarar não é prerrogativa exclusiva da fibromialgia, também a síndrome de pânico tem sido vista como uma versão moderna da neurose atual descrita por Freud.

Embora louvável a tentativa de contribuição e aproximação entre os dois temas, e, vale salientar que sob certos aspectos também observáveis na nossa experiência clínica, convém ter-se cautela, pois tal equivalência entre as duas clínicas pode parecer excessivamente simplista. Em alguns aspectos o estudo dos referidos autores foi extremamente feliz. Escutar as mulheres fibromiálgicas, como Freud escutava as suas histéricas, pode abrir uma possibilidade de articulação esclarecedora. Porém não devemos esquecer que os conflitos sexuais femininos que dominavam a época de Freud são distintos dos da sexualidade feminina hoje:

Certamente, as mulheres que Freud ouvia não são as mesmas dos tempos atuais. Mais de um século se passou desde então; nem a mulher ocupa a mesma posição social que ocupava no final do século XIX, nem a sexualidade se apresenta do mesmo modo que à época da repressão vitoriana. Mas será que as questões sobre feminilidade e sexualidade mudaram tanto assim? (Slompo e Bernardino, 2006, p. 264).

Os estudos desenvolvidos por Slompo e Bernardino (2006), têm como mérito maior, a nosso ver, o fato de ser o único - dentre os pesquisados sob a perspectiva psicanalítica - que utiliza recortes da fala das pacientes fibromiálgicas como argumento para ilustrar seu posicionamento diante do tema. Recortes esses que poderiam seguramente pertencer a qualquer paciente portador da síndrome. Nossa experiência, mesmo anterior à realização dessa pesquisa, já nos sugeria diversos pontos convergentes nas diferentes histórias de vida das pacientes, em relação aos estudos dos referidos autores.

Os discursos dessas mulheres, no nosso caso, se repetem e sempre carregados de angústia. Na maioria dos relatos as queixas são desencadeadas por um trauma físico ou psíquico que antecede o aparecimento dos sintomas, embora a paciente nem sempre os correlacione. É comum testemunhos de violência doméstica, submissão e perfeccionismo, traços amplamente associados com a síndrome também por outros autores que se propuseram a analisar o perfil das portadoras da FM:

Quer-se calar o corpo para calarem-se as questões. Questões que devem ser trabalhadas, analisadas. A psicanálise surgiu, no século XIX, a partir da busca de respostas ao enigma da histeria: descobriu um sujeito, desejante, que queria se fazer reconhecer. Sujeito esse que parece ter sido esquecido na contemporaneidade. Com a correria dos tempos modernos, em que a ciência e a tecnologia tentam dar conta de tudo, oferecendo objetos de gozo para qualquer falta, em que “tempo é dinheiro”, as questões do viver ficam esquecidas ou prorrogadas. Mais uma vez, o corpo vem denunciar que não é assim que as coisas funcionam com o psíquico: sem a falta estruturante, não há surgimento do desejo, conseqüentemente, onde está o sujeito? Aquele que se implica, se questiona, põe suas dores em pauta? Se essa dor pode ser medicada, se esse corpo pode ser esquecido, se qualquer gozo é permitido,

ainda assim podemos afirmar, a partir do discurso psicanalítico: é somente no campo simbólico, das palavras, que um sujeito pode tentar entender o que é ter um corpo, para exercer sua sexualidade e situar-se em um determinado lugar no mundo. (Slompo e Bernardino, 2006. p. 275).

Pois é, “somente no campo simbólico, das palavras, que um sujeito pode tentar entender o que é ter um corpo, para exercer sua sexualidade e situar-se em um determinado lugar no mundo”, como realça a citação acima. Como se ressalta na escrita de Freud (1893): “É como se houvesse a intenção de expressar o estado mental através de um estado físico; e o uso lingüístico fornece uma ponte pela qual isso pode ser efetuado” (p. 43). Entendemos que é também pela via da palavra que podemos apreender a dor incrustada no corpo, pois não há como desprezar o lado subjetivo da dor. A dor localizada em pontos, a dor hipertrofiada, parece ser expressão da dor de existir, da angústia dos conflitos enfrentados no dia-dia das relações familiares, amorosas e sociais. Slompo e Bernardino (2006) fazem ainda uma crítica ao uso indiscriminado de medicações e destacam que - mesmo intensamente coberto por diversas drogas para diminuir a dor, favorecer o sono e controlar a ansiedade – os pacientes parecem querer falar sobre suas sensações, dividir seu sofrimento, apesar dos fármacos prescritos para minimizar os sintomas. Como se nota na citação: “curiosamente na fibromialgia os medicamentos prescritos são antidepressivos, analgésicos, medicação para sono; tratamentos para dopar o corpo, calá-lo” (Slompo e Bernardino, 2006. p. 275).

E quais seriam essas questões que se impõem atualmente, levantadas pelo autor? No sentido de esclarecer essa proposta tomamos por base o texto de Danziato (2007) no qual ele se refere ao modo de vida atual como “experimentado subjetivamente através dos excessos do consumo dos objetos oferecidos pelo capitalismo recente. Tais excessos não se apresentam unicamente na lógica consumista – lógica de mercado – que domina o mundo contemporâneo, mas também nas formas de relacionamentos sociais e subjetivos” (p.24). As relações do ser com o mundo, atualmente, seguem a lógica da rapidez e da volatilidade. Tudo é muito acessível, tudo é permitido, mas nada satisfaz, por seu caráter fugaz e descartável.

Para entender todo esse universo, vamos apresentar nossa pesquisa de campo cuja coleta de dados ocorreu entre os meses de março e novembro de 2008. Iniciaremos essa abordagem apresentando as histórias clínicas dos três sujeitos da pesquisa, e posteriormente exibindo as queixas que foram observadas nos diários de campo, e dando prosseguimento, comparando-as com as relatadas na literatura. A partir da categorização dessas queixas por cada paciente acompanhada e considerando suas histórias de vida, faremos uma interpretação com base em teorias psicanalíticas.

CAPÍTULO 4

FIBROMIALGIA: DISCURSOS E INTERPRETAÇÃO PSICANALÍTICA

A psicanálise surgiu como uma teoria sobre os fenômenos histéricos, uma patologia que antes de Charcot era tida como uma manifestação mais teatral do que propriamente uma patologia. Freud identificou sua etiologia e desenvolveu um método terapêutico para ela. A incompreensão e ignorância em relação a determinados fenômenos é que impulsiona a criação de novas teorias e dispositivos para dominá-los.

Se aceitarmos como verdade que o sintoma é antes de tudo social, atualmente nos deparamos com uma série de “novas sintomatologias” que nos levam a refletir sobre a possibilidade de se tratarem de novas patologias ou se de novas formas de manifestação. Um e outro caso exigem novos estudos e aproximações com o que já conhecemos. Chamamos atenção justamente para aqueles tipos de patologias que, assim como na histeria, o discurso médico não dá conta por centrar-se mais na objetividade dos sintomas que na subjetividade de quem os enverga. Dentre essas formas de adoecimento encontra-se a fibromialgia (FM) que embora tenha obtido reconhecimento nosológico, no meio médico ainda se destaca pelo grau de controvérsias que é capaz de levantar.

Deparamos-nos com divergências que ocupam o campo diagnóstico e terapêutico. No primeiro, como observamos no capítulo três desse trabalho, foi possível notar que até o momento não foram encontrados exames de imagem ou laboratoriais que detectassem quaisquer alterações físicas evidenciáveis e próprias da doença em questão, fato esse que contribui para que parte da comunidade médica questione sua validação. Com relação ao campo terapêutico, todas as modalidades propostas visam apenas o controle da doença, sendo um consenso na literatura apenas que o atendimento multidisciplinar parece responsável pelos resultados mais satisfatórios.

Nesse sentido consideramos que a psicanálise muito tem a contribuir para a construção de novas perspectivas no processo de identificação dos componentes psicossomáticos envolvidos na FM. Ávila (2004) relata que diversos autores vêm trabalhando, nos últimos 80 anos, sob a égide de uma psicanálise que amplie sua discussão para o campo do domínio somático. Segundo o mesmo autor, esses estudiosos vêm apresentando variadas propostas de modelos que visam uma compreensão desses aspectos, mas essas hipóteses, no entanto, ainda não parecem contemplar muitas das questões envolvidas no desenvolvimento dos sintomas

psicossomáticos. Na tentativa de contribuir com esse processo, nosso trabalho defende a possibilidade de uma interpretação psicanalítica dos discursos produzidos por pacientes diagnosticadas como fibromiálgicas e atendidas em um ambulatório de fisioterapia da cidade do Recife, conforme detalharemos no percurso metodológico a seguir.

4.1. O percurso metodológico

Neste trabalho pretendemos dar conta da fibromialgia, utilizando-se do recurso da psicanálise. Nossa pesquisa teve aderência ao Projeto de pesquisa sobre O Social e as Psicopatologias do corpo, desenvolvido na Linha de Pesquisa Psicopathologia Fundamental e Psicanálise do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), que se propôs a analisar o circuito pulsional nas psicopatologias do corpo, configuradas no contexto social contemporâneo. Esse projeto se utiliza dos recursos metodológicos próprios da pesquisa em psicanálise, tomando como referência os fundamentos que caracterizam a investigação e estudo metapsicológico, com ênfase na economia das pulsões.

Embora nas ciências de saúde ainda não seja uma práxis a adoção de pesquisas qualitativas, concordamos que “estudos qualitativos com mulheres com fibromialgia devam ser feitos com mais frequência, pois permitem que se conheça a representação social da síndrome, ou seja, o que essas doentes pensam, sentem, percebem e como se comportam em relação à síndrome” (Teixeira, 2003).

O interesse de investigar sobre a fibromialgia por este viés interpretativo surgiu de nossa prática clínica como fisioterapeuta que frequentemente recebe pacientes acometidos por tal patologia. Essa prática (de tantos anos) tem nos levado a interrogar sobre sua etiologia, pela plasticidade e motilidade dos pontos dolorosos e pelo discurso sofrido e lamentoso em cada uma das sessões de fisioterapia. É impossível tratar dessa patologia sem correlacionar pelo menos estas questões que se impõem na prática clínica: as zonas sensitivas do corpo associadas ao comprometimento do tecido muscular e as alterações psicossociais do paciente.

Para efeito desta pesquisa tivemos oportunidade de acompanhar, durante um período de até cinco meses de assistência, (espaço de tempo total compreendido entre fevereiro e setembro de 2008) algumas pacientes do sexo feminino, adultas, cujo diagnóstico clínico de

fibromialgia foi feito pelo médico reumatologista. Essas mulheres foram encaminhadas para atendimento fisioterapêutico no ambulatório do Hospital da polícia Militar de Pernambuco, onde a pesquisadora trabalha como fisioterapeuta. Durante esse período, algumas das pacientes desistiram do tratamento, houve mudança de diagnóstico e conseguimos acompanhar, mais sistematicamente, três mulheres que aqui recebem o nome de Frida 1, Frida 2 e Frida 3, de acordo com sua ordem de encaminhamento à fisioterapia e chegada ao ambulatório, justamente por apresentarem um histórico de dores que nos lembrou os sintomas relatados sobre a pintora Frida Khalo.

Embora na nossa pesquisa não tenha havido uma escolha intencional pelo sexo feminino (o fato de serem três mulheres foi puramente aleatório), estatisticamente há maior incidência de fibromialgia em mulheres. Segundo Mauterud (apud Fernandez, 2003), as mulheres precisam se esforçar mais para que o discurso dos seus sintomas pareça real e físico. Sobre essa questão cabe um esclarecimento, observamos, inclusive no senso comum, que os sintomas femininos muitas vezes são menosprezados por se apresentarem difusos e imprecisos, e se considera as mulheres mais queixosas que os homens, sendo muito adotada, em tom pejorativo, a expressão “*isso é coisa de mulher*” para aludir a essa gama de queixas. Isso tem se tornado uma fonte de angústia e, por conseguinte, corrobora na crença médica de ser uma síndrome com sintomas subjetivos.

Tais mulheres foram atendidas com uma ou duas sessões semanais, de acordo com sua disponibilidade e gravidade da sintomatologia por um período que variou de dois a cinco meses de acompanhamento. As sessões duravam em torno de uma hora e meia, e eram compostas de técnicas de terapia manual e recursos eletrotermoterapêuticos¹⁴ com fins de analgesia. As técnicas de terapia manual geralmente eram realizadas no início da sessão nas quais as pacientes se colocavam em decúbito dorsal e iniciávamos as seqüências de flexibilização miofascial, na região dorsal e trapézio bilateralmente, além de exercícios respiratórios (respiração diafragmática), alongamentos musculares suaves que não desencadeavam queixa álgica, e técnicas de mobilização tecidual manuais, como, por exemplo, a massagem. Se ao fim da sessão as pacientes continuassem a apresentar queixa dolorosa, era aplicada a eletroanalgesia, quando não continuavam-se com os recursos terapêuticos manuais.

Sempre, no início do atendimento indagávamos às pacientes sobre como se sentiam naquele dia. Esse “cumprimento inicial” funcionava como uma pergunta disparadora e a partir

¹⁴ Uso do ultrassons e/ou eletro estimulação transcutânea quando não obtivemos uma resposta de analgesia satisfatória através da terapia manual.

daí era iniciado um diálogo. Dependendo da resposta a essa questão inicial, certos pontos passavam a ser mais abordados e explorados no decorrer da sessão, tanto fisicamente quanto na conversa tais como: a que a paciente atribuía o surgimento dos sintomas e se os relacionava a algo da vida familiar e social; a passagem por situações traumáticas, física ou psiquicamente, problemas de relações interpessoais.

A escolha da pergunta em questão se referiu não só à sua objetividade, como à capacidade de produzir respostas espontâneas e ser facilmente compreensível. Não foi utilizada gravação das conversas na tentativa de minimizar os processos inibitórios e fornecer um ambiente de relato mais espontâneo.

Para registro desses acompanhamentos utilizamos um diário de campo, onde, ao final de cada sessão de fisioterapia, anotávamos nossas impressões da paciente e fragmentos dos seus discursos ao se referirem aos seus sintomas, assim como suas associações sobre os acontecimentos diários e sua história de vida. Vale salientar que faz parte do procedimento do fisioterapeuta se preocupar e questionar sobre o estado geral de seus pacientes durante o atendimento, pois a partir das respostas apresentadas traçamos a condução do processo terapêutico.

O tratamento foi precedido por uma entrevista de anamnese onde tentamos pesquisar a história de vida das pacientes, sobretudo sua vida afetiva, emocional e relacional. Nessa sessão de avaliação demos atenção também aos eventos associados ao aparecimento dos sintomas, sua progressão e à busca pelo diagnóstico, abordando os fatores antecedentes ao aparecimento da doença. Antes de iniciarmos a coleta de dados para a pesquisa foi explicada para as pacientes e foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado por cada participante.

A interpretação dos resultados foi realizada, considerando o relato da história de vida e a progressão dos sintomas de cada paciente, articulando-os com os discursos produzidos nas sessões de fisioterapia. Começaremos apresentando as histórias clínicas de cada uma das pacientes, em seguida realçaremos os discursos produzidos sobre a dor associando-os às suas histórias de vida e por fim promoveremos uma discussão sobre comorbidades nessa síndrome fibromiálgica.

4.2. Histórias clínicas

Frida 1 tem trinta e cinco anos, é casada com um homem da mesma faixa etária, com quem teve dois filhos: uma menina que no início tratamento estava com oito anos e um menino que estava com quatro anos. Há cerca de quatro anos ela está sem emprego fixo, dedicando-se mais às tarefas do lar e aos cuidados com os dois filhos. Ela fez um acordo com o marido: abrir mão do emprego para cuidar dos filhos. Segundo ela, ninguém além dela e de sua mãe teria “capacidade” (sic) para cuidar bem dos seus filhos. O marido trabalha em outra cidade, estando em casa apenas nos finais de semana.

Foi encaminhada ao tratamento fisioterapêutico depois de cerca de quatro meses de queixa dolorosa. Chegou ao serviço reclamando que tinha muitos problemas para estar ali, já que não tinha tempo livre para se tratar, pois os filhos e a casa tomavam-lhe todo o tempo.

À época do seu encaminhamento ainda não possuía um diagnóstico médico conclusivo: um médico clínico diagnosticou suas dores como uma artralgia¹⁵, um traumatologista e um outro clínico deram diagnóstico interrogado de fibromialgia. No momento da avaliação pelo setor de fisioterapia, a paciente demonstrava grande angústia pela divergência diagnóstica, e apresentava sintomas de catastrofização, questionando sobre a possibilidade de ser portadora de um câncer. Encaminhamos a paciente para um parecer reumatológico, tendo sido confirmado o diagnóstico de FM.

Sofreu grande abalo emocional há cerca cinco anos, com a perda de sua genitora e uma mudança radical nos hábitos de vida decorrentes desse fato. Referiu ser emocionalmente muito ligada a mãe e que, além disso, era ela que ficava com sua filha para que pudesse trabalhar. Depois do falecimento súbito, ela precisou deixar o emprego e o Curso de Pedagogia; fatos que causaram nela um grande incômodo.

Considerava, na ocasião, sua vida muito pacata, mas já tinha sido muito ativa até o nascimento do segundo filho, quando gerenciava uma loja do ramo da moda. Os sintomas se exacerbaram nas últimas semanas, antes de procurar o setor, ao carregar diariamente o filho ao banheiro na tentativa de controlar a enurese noturna e suspender o uso da fralda descartável.

Seus sintomas se concentram principalmente no hemicorpo esquerdo, com queixas dolorosas na coluna cervicodorsal, dores irradiadas para o membro superior esquerdo, mama e tórax. Além disso, queixa-se de cefaléia de frequência variável também no lado esquerdo.

¹⁵ Dor articular inespecífica

A paciente foi atendida por cerca de dois meses, com remissão satisfatória dos sintomas e pediu para ter alta, alegando apresentar poucos sintomas em comparação com o início do tratamento. Foi encaminhada e orientada para a prática de atividades físicas regulares e para retorno ao atendimento ambulatorial caso os sintomas se manifestassem novamente. Até o término da coleta não havia apresentado recidivas do quadro.

Frida 2 é separada, mas não legalmente, há cerca de três anos. Desse relacionamento tem duas filhas e três netas. A separação aconteceu depois de uma tentativa de “estupro” (expressão dela) feita pelo marido, ao forçá-la a fazer sexo, depois de alcoolizado. Refere que mesmo antes do episódio que motivou a separação vivia em constante conflito, já que há dezoito anos ele mantinha um relacionamento extra-conjugal e, ao separar, passou morar com essa companheira.

O ex-marido é alcoólatra e participa de um grupo de apoio a dependentes há cerca de um ano. Mas, segundo Frida 2, ainda faz uso de bebida alcoólica. Ela faz acompanhamento psiquiátrico, mas não toma a medicação com a regularidade indicada, pois refere sentir muito sono e não conseguir fazer nada, fato que a deixa muito angustiada, por se sentir uma inútil dentro de casa. Eventualmente frequenta o grupo de apoio aos alcoólatras, que o ex-marido frequenta, para ajudá-lo no tratamento, já que todos no ambiente de trabalho dele pensam que eles continuam casados, pois ele prefere se manter nessa condição. Em decorrência disso, foi convidada, por telefone, para participar das reuniões e não teve “coragem” (expressão da paciente) de desmenti-lo diante da assistente social.

Mantém, desde a separação, um relacionamento amoroso com um homem, mas essa relação é complicada e também secreta, já que o mesmo é casado. Considera que tem um bom entendimento com ele, que “é uma boa pessoa” e que a “ajuda muito”, a enfrentar as coisas. Ele não sabe dos problemas que ela passa com o ex-marido.

A paciente é manicure, mas está afastada de suas atividades laborais por causa das dores. Está pleiteando, junto ao Instituto de Seguridade Social, sua aposentadoria por invalidez e, devido ao fato de a fibromialgia não estar incluída no quadro das doenças ocupacionais, ela está encontrando dificuldades. Está sobrevivendo de atividades eventuais como manicure ou cabeleireira, da renda de uma das filhas que é arquivista e da ajuda que recebe do ex-marido. Essa filha ainda reside na sua casa com uma filha de três meses de idade. Enquanto sua filha vai ao trabalho, Frida 2 cuida da neta o que tem sido também fonte de conflito.

Seus sintomas se iniciaram há cerca de seis anos. No início, eram queixas álgicas semelhantes a “uma crise de coluna” (sic). Depois de um ano de múltiplas visitas a consultórios médicos, de diversas especialidades e tratamentos medicamentosos que não aliviavam seus sintomas, teve o diagnóstico de fibromialgia.

Quando questionada sobre algum fato marcante que possa ter desencadeado os sintomas refere que eles se iniciaram depois de ela ter levado uma queda, logo após o falecimento da sua mãe. Achou, então, que as dores poderiam ser decorrentes desse traumatismo. Na mesma época sofreu grave crise depressiva, que ela associa ao falecimento da mãe e também à crise conjugal que já durava oito anos.

No último episódio álgico, que motivou a procura da fisioterapia, sentiu dores no corpo todo, com predominância de toda a coluna, trapézios bilateralmente, membros superiores, joelhos, ombros, além de cefaléia na base do crânio. Em cada crise os sintomas se modificam quanto à localização e intensidade, chegando às vezes a ser insuportáveis.

Foi atendida no ambulatório de fisioterapia por cerca de quatro meses com momentos de remissão das queixas, intercalados por crises álgicas intensas. Nunca passou por grandes períodos de completa ou satisfatória ausência dolorosa. Suas queixas eram quase ausentes no final de cada sessão, com alguns dias de alívio, mas normalmente retornavam pelo menos algumas horas antes da sessão seguinte.

Frida 3 é casada há vinte e dois anos, tem dois filhos, sendo um rapaz de vinte e dois anos e uma adolescente de quinze anos, com quem refere ter bom relacionamento. Após algum tempo de atendimento, revelou que o rapaz não era fruto desse casamento e sim de um relacionamento anterior que manteve por pouco tempo. O filho nunca teve contato algum com o pai biológico porque seu marido, “que se apegou muito ao menino” (sic), não permitia.

Trabalha como vendedora autônoma de confecções e precisa viajar algumas vezes por mês para fazer compras. Tal atividade ajuda no orçamento familiar. Por causa das queixas dolorosas está, há cerca de três meses, sem exercê-la e enfrentando sérios problemas econômicos.

Queixa-se de dores há aproximadamente dois anos e, desde então, busca um diagnóstico e possibilidades terapêuticas adequadas. O diagnóstico de fibromialgia só foi dado há mais ou menos quatro meses, pelo médico reumatologista. Durante esse intervalo de tempo a paciente peregrinou entre consultas de variados especialistas, tratamentos farmacológicos diversos, sem melhora das queixas álgicas e com negatividade dos exames

complementares. Ninguém descobria as causas de suas dores e isso lhe causava problemas, pois ninguém “acreditava na sua doença” (sic).

Além de dores localizadas nos ombros, região cervical, cotovelos e região lombar, ela apresenta problemas intestinais (síndrome do intestino irritável), refluxo, distúrbios do sono e cefaléia.

O primeiro diagnóstico recebido foi de depressão. Fato esse que ocorreu logo após o início dos sintomas. Essa depressão, segundo Frida 3, ocorreu devido a um problema enfrentado pelo seu marido que foi acusado, juntamente com outros quinze policiais militares, de tortura e espancamento e responde processo. Foi então afastado das suas atividades enquanto policial com corte de gratificações condicionadas ao exercício da atividade militar. Isso desencadeou grande crise financeira na família. Além disso, ele ficou proibido de portar arma e andar fardado. Esse problema fez com que o marido entrasse também numa crise depressiva e começasse a fazer grande ingestão de bebida alcoólica com desenvolvimento de alcoolismo e agravamento do quadro social, econômico e depressivo. Desde lá ela vem cuidando “como pode” (expressão dela) da administração da casa, dos cuidados com os dois filhos e do marido alcoólatra.

Frida 3 foi atendida no ambulatório durante mais ou menos quatro meses, oscilando entre momentos de evolução do quadro álgico e diminuição das queixas. Normalmente, as queixas regrediam completamente ao final da sessão, com alguns dias de remissão sintomatológica no decorrer do atendimento. Não houve, também nesse caso, uma completa regressão do quadro, porém as crises foram gradativamente contornadas quanto à intensidade e frequência levando a uma melhor relação da paciente com os sintomas e uma maior habilidade para lidar com as situações conflitantes que desencadeavam as crises fibromiálgicas.

4.3. Realçando alguns pontos

Nos três casos os sintomas foram desencadeados por acontecimentos traumáticos com ruptura e abalos na vida conjugal: em Frida 1 e Frida 2, o falecimento da mãe, com quem as pacientes tinham uma relação estreita e em Frida 3 a questão da “tortura”¹⁶ praticada pelo

¹⁶ Palavra utilizada pela paciente para descrever o episódio de violência vivido.

marido, que modificou a vida de toda família, pois ainda paira na paciente dúvidas quanto à inocência do marido.

Em Frida 1 o fato de o marido trabalhar em outra cidade e só vir em casa quinzenalmente não constitui um problema, pelo contrário, o problema está em ele resolver permanecer mais tempo em casa. Na segunda Frida a separação é oficial, mas desmentida pelo marido e ela compartilha com essa “farsa” sem coragem de desmenti-lo perante as pessoas do trabalho dele. Para sua ex-sogra ele continua sendo seu marido. Com a separação ela evitou que novas agressões contra ela fossem cometidas pelo marido, mas seu vacilo ao ser conivente com o desmentido dele mostra o quanto é difícil para ela viver essa ruptura conjugal.

Já em Frida 3 o casal se mantém junto, porém abalados pela acusação que pesa sobre ele. Ela se angustia porque não sabe ao certo o que aconteceu, gerando nela um estado de desconfiança, mesmo que o marido se declare inocente.

As dores vividas pela pacientes estão relacionadas a estados de angústia e passam a ocupar o centro de suas vidas. Em Fridas 2 e 3 as queixas algicas são mais antigas. Por conta disso, elas modificaram seus ritmos de vida, suas atividades profissionais e de lazer, sendo o termômetro a presença ou a ausência da dor. Há, por conseguinte, duas dores que se associam: as decepções e rupturas conjugais e as dores corporais decorrentes. A demora no diagnóstico e a longa permanência de estados dolorosos as incapacitam para realização de diversas atividades do cotidiano. Há uma espécie de deslocamento das dores provocadas pelos problemas conjugais para dores “auto-eróticas”¹⁷. Se como dissemos antes os estados de angústia ocupam o centro de suas vidas, também as dores ocupam o centro de seus discursos e elas próprias passam a ser o centro do investimento, quer porque necessitam da ajuda dos parentes, quer porque ocupam grande parte do tempo nos tratamentos contra a dor.

Tais situações vêm corroborar os resultados encontrados por García-Bernal (2007) que investigou uma amostra de 105 pacientes portadores da síndrome fibromiálgica. Nos discursos coletados, esses pacientes apresentaram índices altos de caráter psicopatológico, sendo o de maior percentual a depressão. No perfil psicológico e variáveis psicossociais de tais pacientes, segundo o autor, aparecem algumas características que se repetem com frequência e que são apontadas pelos próprios pacientes: eles se definem como pessoas com dificuldades de aceitar os limites e com tendência a controlar tudo. Ele observou também que um percentual elevado de pesquisados considera que tem uma vida muito ativa, assumindo

¹⁷ Esse termo se refere à possibilidade de através da própria dor a paciente ter acesso ao “gozo”. O prazer que também se encontra no reverso da dor que se sente.

responsabilidades desde muito jovens; são muito exigentes e perfeccionistas. Um grande número de pacientes apresentou ainda situações carenciais afetivas não especificadas e conflitos na relação com a família de origem ou situações de dependência não superada na relação com a mãe. A maioria considera que se identifica muito com o sofrimento dos demais, com uma tendência grande a absorver os sofrimentos sentidos por pessoas próximas e familiares. Também aparece, com frequência, a presença de algum desencadeante da dor como acidentes e enfermidades físicas ou situações de dor psicológica importante (enfermidades, perdas recentes, situações de maus tratos...). O sentimento de inutilidade decorrente das limitações físicas que a enfermidade impõe, é encarado por elas como o mais ameaçador, pois traz a certeza de que não poderão continuar ocupando o lugar que ocupavam até então, antes da instalação da síndrome. Nesse contexto, há o sofrimento que desencadeia a dor, há dor e o transtorno que ela causa. Na nossa experiência, tudo isso constitui um quadro de lamento permanente, comparado ao que a literatura indica nos quadros de conversão histérica.

Na experiência de acompanhamento dos três casos aqui apresentados, as queixas dolorosas sempre regrediam ao final das sessões. Em praticamente todas as sessões de fisioterapia trabalhamos com técnicas de terapia manual, entre as quais podemos destacar a massagem e o alongamento. Todo tratamento fisioterapêutico foi desenvolvido objetivando alívio da dor e ganho de flexibilidade muscular e articular, conforme descrevemos na metodologia. As pacientes normalmente chegavam às sessões queixando-se de dores de moderadas a intensas e saíam das sessões depois da mobilização tecidual, referindo um alívio tanto da queixa algica quanto da angústia, como se a manipulação de seus corpos gerassem benefícios eróticos importantes, com descargas das energias represadas em determinados pontos.

Convém lembrar que como nosso objetivo era compreender tais fenômenos pela ótica da psicanálise, às sessões ordinárias de terapia manual dedicamos uma atenção especial aos discursos produzidos concomitantemente. De certo modo, a fala era estimulada e, nesse contexto, algumas intervenções eram feitas no sentido de estimular a produção de sentidos no que se refere à relação das dores com as vivências conflitivas na família.

Se a palavra, como pregou a psicanálise, tem o poder da cura, também temos que considerar o poder do toque como estimulação e erotização do corpo. O fisioterapeuta, nesse caso, não poderia figurar como um substituto/ suplente materno no zelo dos cuidados corporais?

Os discursos sobre a dor apresentados por cada uma das pacientes acompanhadas, apresentados a seguir, parecem fornecer respostas a tais indagações.

4.4. Discursos sobre a dor

Dor crônica, segundo Fernandez (2003), é uma dor que persiste por mais de três meses. Esse aumento no tempo modifica sua característica clássica, pois ela perde o caráter sinalizador de lesões biológicas, característica da dor aguda, e passa a ser uma proteção do tecido contra agressões físicas, químicas, entre outras, o que modifica seu papel para o indivíduo.

Nesse sentido poderíamos invocar os conceitos de Nasio (2008) para a *dor da Comoção* como sendo o paralelo para a dor aguda e a *dor da Reação* para representar a dor crônica. E o autor destaca: “por esse movimento defensivo, longe de suprimir a sua dor, ele vai sofrer de outra forma. Mais do que sofrer uma dor de submissão ao mal, o eu sofre uma dor de protesto contra o mal” (p.35), e mais adiante acrescenta: “a dor física torna-se a expressão de um esforço de defesa, mais do que a simples manifestação de uma agressão aos tecidos” (p.35). Esse tipo de dor é um dos sintomas mais marcantes da FM. A assiduidade da queixa algica modifica a função dessa dor, passando nesse caso a configurar como uma entidade clínica própria, tornando-se o problema em si, e não apenas a consequência de uma lesão tecidual.

Em todos os casos de dor crônica essa constância dolorosa, gera uma onipresença cujas consequências podem ser devastadoras para o doente. Ela interrompe projetos pessoais e profissionais, incapacitando o indivíduo nos mais diversos âmbitos. Acarreta, muitas vezes, mudanças na função e imagem corporal. Na FM não é diferente. No caso da Frida 2 há claramente uma questão que se coloca entre a sua situação financeira e o quadro doloroso. Como já citado, a referida paciente justificou a dependência financeira em que se encontrava em consequência da FM. Ou seja, por causa da dor ela não consegue trabalhar e isso a obriga a depender financeiramente do ex-marido, fato que “a consome”.

As queixas algicas podem ser desencadeadas por traumas psíquicos - como iremos observar nos fragmentos de relatos a seguir - que são reforçadas pela angústia e a frustração vividas quando os pacientes portadores de tais queixas, procuram tratamento médico. Como já

tivemos oportunidade de comentar, tais pacientes, além de enfrentarem os infortúnios da dor crônica enfrentam, também, o descrédito da maioria dos profissionais da saúde que tendem a encarar esse tipo de paciente como “aquele que não melhora” e, por conseguinte, põe em questão a sua capacidade de curar. Assim, pensa tratar-se de uma dor inventada, uma ficção, e prefere encaminhá-la para a psicoterapia.

Frida 1

Durante a sessão de avaliação Frida 1 refere dores na coluna cervico-dorsal, com dores irradiadas para o membro superior esquerdo (MSE), mama e tórax que apareceram há cerca de três meses. Além disso, queixa-se de cefaléia também no lado esquerdo e comenta: “parece que esse lado esquerdo é podre, eu penso que estou ficando maluca, ou tem alguma coisa de errado comigo e esse lado do meu corpo.” Reclama da ineficácia do tratamento farmacológico para alívio dos seus sintomas álgicos e observa: “fui ao clínico, ao traumatologista e a medicação não melhorou minha dor em nada, pelo contrário, cada dia está doendo num lugar diferente; não tolero sentir dores”.

Ao exame físico palpatório acusa dores à palpação do músculo trapézio, com presença de *tender points*¹⁸ com irradiação para cabeça e MSE, além de dores no ombro, epicôndilo lateral do cotovelo, face dorsal do antebraço, nos músculos quadrado lombar e piriforme esquerdos.

Na sessão seguinte chegou com intensidade dolorosa menor, porém reclamando da migração da dor para o cotovelo e a mão. Os pontos de dor trabalhados na sessão anterior aliviaram (dores no trapézio, região peri-escapular e ombro esquerdos), mas comenta: “precisamos fazer algo com o cotovelo e a mão”, “Já não digo mais ao meu marido que sinto essas dores”, “não admito me sentir assim”, “pareço uma inválida”.

Frida 1 não guardava uma memória da dor e toda sessão ela referia uma localização nova para a dor e não se lembrava da que havia indicado na sessão anterior. Ela sabia apenas da dor presente. Na nossa perspectiva, era como se quando uma dor aparecesse, ela estivesse estado presente sempre ali para a paciente. Era como se houvesse, naquele momento, uma anulação dos outros sintomas álgicos. Quando relembrava a ela a localização da dor anterior

¹⁸ Pontos dolorosos característicos na fibromialgia.

ela questionava incrédula: “e era aí que estava doendo?”. Assim, iniciávamos as sessões questionando-a sobre os locais das dores referidas na sessão passada, palpando dos pontos que sempre se apresentavam indolores. Dependendo dessa reavaliação, traçávamos os pontos prioritários para serem trabalhados.

Essa paciente evoluiu satisfatoriamente, recebendo alta fisioterapêutica dois meses depois, sem novas recidivas do quadro até a conclusão dessa pesquisa. Depois da completa regressão dos sintomas que aconteceu na quinta sessão, foi encaminhada para uma atividade aeróbica leve e continuamos acompanhando-a, para observarmos qualquer retomada do processo algico, fato que não ocorreu.

A rápida evolução do quadro apresentada por Frida 1 pode estar relacionada a diversos fatores. Na nossa concepção o mais marcante é o fato do quadro algico nesse caso ter um tempo de cronicidade menor, cerca de seis meses de sintomatologia, diferente dos tempos apresentados por Frida 2 e Frida 3, de seis e três anos, respectivamente. Diante de um quadro menos intenso e de menor tempo de evolução, as modificações estruturais da síndrome se encontram menos instaladas e, por conseguinte, com evolução mais satisfatória.

Creio que o deslizamento constante da dor em pontos diferentes no corpo, de certo modo, mostra a inconsistência do sintoma. A palpação parece ter permitido certa erotização do corpo arrefecendo as dores. Diferente dos outros dois casos suas relações familiares não produziam tanta tensão, parecendo-nos que sabia conduzir os incômodos e arestas familiares. Sua maior preocupação era manter o marido distante da casa e isso ela estava conseguindo. A estruturação familiar era melhor e esse distanciamento entre marido e mulher era um fato, não havendo um desejo, nem um esforço de ambos para modificar essa condição.

Frida 2

Relata que suas dores começaram há cerca de seis anos. No início se manifestavam como uma dor de coluna, que ela pensava ser fruto do esforço no trabalho ou de uma queda. Depois de um ano, continuava apresentando as mesmas queixas. Enfim foi diagnosticada como portadora de fibromialgia.

Lembra que na época do início dos sintomas, levou uma queda e associou as dores a esse fato. No momento em que a tomei para tratamento se encontra em crise e não respondia

bem a medicação, Observava ela: “a dor não passa nem por um minuto”. Fazia uso de amitril¹⁹.

Perguntei a Frida 2 onde doía e ela me respondeu: “dos pés à cabeça”. Então pedi que ela, junto com a minha palpação dos pontos, fosse discriminando esse “corpo todo”: de cima para baixo e com calma. Sentia dores nos dois lados do osso occipital na base da cabeça, que irradiava desse ponto até os dois cotovelos. Além disso, queixava-se de dores em todos os processos espinhosos da coluna vertebral, nos trapézios bilateralmente, mais à direita, região do músculo piriforme e tuberosidade trocantérica direitas, joelho direito, pés bilateralmente, mais intensas à direita. A esses sintomas se associava, também, cefaléia constante que oscilava na intensidade. As dores impediam o sono e dificultavam a deglutição, pois apresentava sensação de edema na garganta, pescoço e às vezes na face.

Na sessão seguinte chegou dizendo: “você não vai acreditar; sabe onde começou a doer? Do lado contrário; que raramente dói, o esquerdo”. Interpelo-a sobre como saiu do ambulatório na sessão anterior e ela responde: “sempre saio bem, o problema é quando chego em casa e preciso fazer as coisas... (referindo-se às atividades do lar)”.

Pergunto, então, se existe algum lugar onde nunca doeu? Ela me responde negativamente e completa dizendo: “Muda a intensidade e o lugar, mas sempre dói em algum lugar, alguma vez.”

Em outra sessão ela chegou ao serviço referindo melhora da dor ao final da sessão anterior, mas na sequência já me informou: “porém desde ontem (à noite) as dores no trapézio direito retornaram com intensidade aumentada.” Realizei o exame habitual e percebi que à palpação existia edema local, associado à contratura no referido local, com irradiação para o membro superior direito até quase a mão. Ou seja, a sensação da dor que é subjetiva, veio respaldada por um tônus aumentado, uma alteração vascular e de coloração, ou seja, um edema visualizável.

Questionei se essa dor havia-se iniciado desde a terça-feira anterior (data da última sessão) e ela respondeu que não, informando que saiu do ambulatório muito bem, mas ontem à noite “voltou tudo”. Pergunto como foi seu dia e ela responde: “Não trabalhei ontem; fiquei o dia inteiro cuidando da menina (sua neta); até as 15h00min quando minha filha chegou do trabalho”. “Acho que não foi por isso; embora eu tenha botado ela no colo de tarde, ela aperreia muito nessa hora”. Insisti: mais nada aconteceu? “Não”, respondeu ela. Nada está te preocupando? Insisti mais uma vez e, então, ela me respondeu: “Um pouco”. “Amanhã de

¹⁹ Nome comercial de medicação muito utilizada no tratamento da FM.

manhã vou assinar os papéis, é que eu estou botando meu marido na justiça”. Pra se separar? Pergunto. Enfaticamente ela respondeu que não e justificou que era “por causa de pedido de pensão alimentícia”.

Em um determinada sessão em que pressionei um ponto do trapézio Frida 2 comentou: “pronto; você achou minha dor...” “é assim que dói. Desde ontem, mas agora está aliviando...”. Ao final da sessão indaguei: Como está agora? “Bem melhor pra vista do que cheguei...” respondeu ela.

Em outra sessão relata: “estou sentindo uma dor bem leve na coluna, quase nada e nos joelhos estou sem dor, só o ombro direito ainda tem um peso, não é como uma dor, apenas um peso”. Essa descrição de dor que ela chamou de leve ocorreu depois da resolução do problema da assinatura da petição solicitando pensão alimentícia por causa da invalidez em que se encontrava, gerada pela FM. Há alguns dias ela já vinha se sentindo muito angustiada e pressionada pela filha para dar entrada do pedido na justiça e só naquela ocasião (véspera da sessão) ela “tinha tido coragem” de assinar os papéis.

Na sessão subsequente sua chegada no ambulatório acontece como de costume e sem que eu questionasse, Frida 2 ponderou que estava muito bem naquele dia “aliás, desde a sessão passada eu estou sem dor”(sic). Perguntei se em nenhum ponto e ela respondeu: “pela primeira vez em anos não tenho dor”. Iniciamos o atendimento com a palpação dos pontos de gatilho que realmente apresentam menor reação tátil (espasmo muscular ao ser pressionado), embora a contratura ainda parecesse presente. Perguntei a ela como iam as coisas? Tudo vai bem para ela. A neta estava com gripe, mas já estava melhor e ela comentou: “sem dor é sempre bom”. Esse estado de ausência dolorosa se estendeu por cerca de quatro dias e nesse intervalo consegui evoluir o atendimento incrementando as séries de alongamento.

Após esses dias sem dor, ela chegou ao serviço relatando muita dor de cabeça que iniciava na região dos ombros, subindo pela nuca e se concentrando na base da cabeça. Tocou com os dedos indicador e polegar na base do osso occipital apertando-o, com força, contra a inserção dos músculos sub-occipitais. Queixou-se também de dor nos ombros, braços e coluna lombar. Indaguei quando as dores haviam começado. Ela respondeu: “Estou muito nervosa, atacada mesmo”. Interroguei o que havia acontecido, enquanto realizava uma manobra de mobilização suave do músculo trapézio. Ela fez uma careta de dor e disse: “Parece que ele está muito doente...” Ele quem? Perguntei. “Meu marido” respondeu Frida 2. “O que ele tem?”, perguntei e de imediato ela respondeu: “Um problema sério no fígado, não sei direito o que é, pode ser cirrose, ele está muito magro e amarelo e sofrendo muito...” (silêncio mútuo). “Que Deus me perdoe, que ele é um ser humano, mas às vezes não tenho pena...”. Eu disse

que lamentava muito, e completei: “Você não deve se culpar por não sentir pena dele, é natural, afinal de contas, pelo que você já me disse, ele já fez muito mal a você”. Ela me interrompe dizendo: “mas eu não desejo mal a ele não!” “Só não quero ficar com ele, cuidar dele...”. Comentei, então, que ela não tinha que ficar com ele, nem cuidar dele, afinal ele tinha uma pessoa para ficar com ele, pois já estava casado novamente. E ela retrucou de pronto: “Casado não, mas ele vive com a outra...”. E acrescentei: “Então, você não tem mais obrigações com ele”. Depois disso seguiu-se um incômodo silêncio, como se estivesse a refletir. Momentos depois, ela quebra o silêncio com o seguinte comentário: “o problema é que eles acham que eu devo cuidar dele agora que ele está doente...”. Quem acha? Perguntei. “A mãe dele, a outra com certeza não quer ele assim doente, aí ela disse que ele é meu marido e eu tenho obrigação de cuidar, não quero isso, já disse que na minha casa eu não quero ver ele...”.

“E você, acha que tem alguma obrigação com ele” Indaguei. “Eu sei que ele é pai das minhas filhas, que é um ser humano que merece; até um cachorro merece um cuidado, não é?” “Mas eu é que não vou fazer nada por ele não, ele tem mãe, tem filha, elas que cuidem dele...” “E ele tem inclusive uma mulher para cuidar dele, não é?” Provoquei. Diante da minha provocação ela responde com um ar de satisfação: “É, mas eu sabia... (fala sorrindo) a outra queria ele bom, com dinheiro, doente não vai querer não...”.

Passamos um intervalo de uma semana sem atendimento, por causa de uma virose que a paciente contraiu. Ao retornar ao ambulatório eu questionei como a dor tinha se comportado desde o último atendimento (quinta sessão). Ela me responde que depois daquela crise da sessão passada as queixas diminuíram e que logo depois retornaram. Eu perguntei desde quando as dores começaram e ela me respondeu que desde que ele (se referindo ao ex-marido) voltou a ir a casa dela e se justificou: “Como ele está doente está freqüentando minha casa diariamente, e às vezes até dormindo...” Com você? Perguntei. Enfaticamente respondeu: “Não; eu durmo num colchão lá no quarto da minha filha e ele lá na cama”.

Depois de um tempo em silêncio ela comentou: “E eu estou muito chateada com um problema que aconteceu entre mim e meu pai por causa dele...”. “Ele disse ao meu pai que eu não queria cuidar dele doente e meu pai veio falar besteira pra mim”. “Então eu fiquei muito magoada com meu pai... Ninguém entende o que eu passei com ele...” (se referindo ao ex-marido). “Aí meu pai vem e diz: ‘mas ele agora não está bebendo, não está fazendo nada demais, deixa ele ficar em casa, o que é que tem?...’ Mas eu não quero. Não aceito ele na minha casa, mas não posso colocar ele pra fora...”. Nesse momento me envolvi e indaguei: “Mas por que você acha que não pode botar ele pra fora?” Ela me responde que ele está para

receber um dinheiro de um seguro por causa da aposentadoria e disse que quando sair o dinheiro vai reformar a casa. Eu interrompi seu discurso e perguntei: “Mas você não acha que se ele reformar a casa vai ficar ainda mais cheio de direitos sobre ela?” Ela retrucou: “É, mas isso depois eu vejo...” e finalizamos a sessão.

Na sessão seguinte me disse que quase enlouqueceu de tanta dor. “As dores do trapézio e ombro direitos que geralmente descem para os braços subiram para cabeça e ouvido com intensidade terrível”, comentou. Além disso ela havia tomado todo tipo de remédio possível, sem resultado. Desde a quinta-feira anterior que sentia dores de cabeça insuportáveis. Questionei se aconteceu algo de diferente antes do início das dores? Ela balançou a cabeça impaciente e disse: “é ele na minha casa”.

Voltei a questionar quando essa dor começou e ela comentou que saiu bem da sessão na terça-feira, inclusive bem aliviada, e na quarta começou a doer no fim da tarde, ficando insuportável na quinta. “A dor foi tão forte que não consegui ir ao médico, que foi remarcado para a próxima quinta-feira”. Durante o atendimento pedi que ela me falasse melhor da dor que sentiu e ela me interrompeu dizendo: “Só de falar com ele começa a doer, ele não está fazendo nada comigo não, mas eu não agüento... não sei o que faço, vou ter que me acostumar”.

Durante a conversa fiz a palpação de um ponto na cervical, interrogando se era ali que doía. Ela me respondeu que não. Fui realizando palpações até tocar num ponto no triângulo lateral do pescoço e ela reagiu: “é aí, aí eu sinto, é essa dor que começa aí e eu sinto na cabeça e ouvido”. [...] “Eu sei que a minha dor é por causa dele” (se referindo ao marido).

Na outra sessão observei que Frida 2 chegou ao ambulatório com uma fisionomia mais aliviada, mesmo assim questionei como ela se sentia. “Estou bem melhor da dor da cabeça, (dores de cabeça eram a principal queixa da sessão anterior), com pouca dor apenas na região das costas”. Solicitei que ela localizasse a dor e ela apontou para os processos espinhosos da quarta e quinta vértebras lombares e região lateral das costas (correspondente aos músculos quadrado lombar e glúteo direito). Percebi que houve uma modificação da localização da dor, foco do tratamento até o momento. Pedi, então, para palpar as regiões de dor da semana passada. Foi feita a palpação da região sub-occipital direita e esquerda, com a presença de dor discreta à direita, assim como na região do trapézio do mesmo lado. As dores nessa região nessa sessão se apresentaram mais discretas e com uma localização diferente.

Enquanto realizava o exame continuamos conversando e questionei se ela fazia alguma idéia do motivo de tanta oscilação dolorosa de local e intensidade. Ela inicialmente

disse não saber e depois completou o raciocínio dizendo: “acho que entro em crise quando não consigo botar pra fora alguma coisa...”.

Pedi que me explicasse e ela deu o seguinte depoimento: “antigamente eu sentia mais dores, acho que hoje em dia eu consigo sair da crise com mais facilidade; eu me sinto assim, quando alguém, por exemplo, me diz alguma coisa ruim e eu não respondo, não digo nada, sinto uma quentura que sobe pelo meu rosto e logo vem a dor de cabeça, já pensei que era pressão alta, fui pro médico, fiz um monte de exame e minha pressão é normal”. Pedi que exemplificasse na prática para que eu pudesse entender melhor. Ela se levantou (estávamos sentadas, eu posicionada de frente para suas costas, realizando uma manobra de mobilização manual) e disse: “às vezes minha filha, minha sogra ou meu ex-marido me falam coisas que me magoam, mas eu não respondo, eu guardo, eu não consigo dizer que não gostei ou que não quero que seja assim, então eu fico calada, é de mim mesma, mas quando eu engulo aquilo eu já começo a sentir a dor”. Seguindo esse raciocínio perguntei: “E quando a dor alivia, o que você acha que acontece? E ela justificou: “A dor passa quando eu me conformo, quando eu aceito aquilo, aí vai aliviando...”. Novamente pedi para que exemplificasse. “Minha última crise forte foi pelo fato de ficar vendo ele lá na minha casa, ele às vezes vai deixar umas roupas pra lavar e eu não aceitava que estivesse lavando a roupa dele depois de tudo que ele fez pra mim”. Eu interrompi, perguntando: “E o que mudou?”, e Frida 2 respondeu: “Eu agora chamo ele de ‘o hóspede’ e penso que ele é uma pessoa qualquer que deixou uma roupa lá, aí eu lavo. Ou que ele é uma pessoa que está lá (não chamo mais ele pelo nome, risos, chamo de ‘o hóspede’) e pra mim não é mais ele que está na minha casa, é uma pessoa qualquer que está doente, precisando de mim e eu jamais negaria ajuda”. Depois de uma breve pausa ela disse: “Desde que parei de pensar nele e de falar o nome dele, me senti melhor. A dor de cabeça passou”.

Reitero o argumento dela comentando: “Isso é o que você acha que faz a dor chegar e passar, o fato de tomar ou não tomar conhecimento do problema?” E ela retruca: “Não, eu não consigo não tomar conhecimento. Eu primeiro sinto, eu sofro, só depois eu consigo pensar no que fazer para a dor aliviar, além da fisioterapia que ajuda muito a controlar a dor”.

Nesse caso a paciente estabelece uma relação da dor com a presença do marido. Ao deixar de nomeá-lo, Frida 2 consegue matá-lo simbolicamente e, com isso, deixa de sofrer pelo abandono e pelo fato de ter sido trocada por outra. Ao nomeá-lo como “o hóspede” ela indica o não pertencimento dele àquela casa, colocando-o definitivamente fora. Também é uma forma de desprezo, vingança e de humilhá-lo.

Na décima sessão Frida 2 chegou novamente ao ambulatório relatando dores de cabeça e pescoço. As dores haviam começado no sábado. Perguntei se havia acontecido algo diferente no sábado. “Tive uma discussão séria com minha filha. Eu não estou suportando essa situação com ela”. “Tem muita coisa que eu não concordo... (com relação à filha)”. Respondeu ela. A paciente algumas vezes referiu problemas de relacionamento com a filha, que mora em casa com um bebê de cerca de oito meses. Os desentendimentos sempre têm por motivação a falta de paciência e os maus tratos da filha para com a neta. A paciente também nunca se refere à criança pelo nome, tratando-a sempre por “a menina”. Outra fonte de problemas é o relacionamento da filha com o pai da criança, já que a filha faz, segundo ela, “o papel da outra”, se relacionando com um homem casado. Isso é inaceitável para Frida 2, gerando muitos conflitos entre elas. A discussão que desencadeou o retorno das dores foi porque a filha desistiu de fazer o aniversário da menina, porque o pai da criança não queria que o fato chamasse a atenção da vizinhança e a esposa dele pudesse vir a saber da festa. Isso deixou Frida 2 indignada com a filha ao pensar em acatar o pedido do pai da criança, para evitar transtornos para ele e a família dele, em detrimento da filha.

A não nomeação da neta, a referência que ela sempre fazia ao fato da filha “fazer o papel da outra”, merece um comentário. Mais uma vez observamos uma não aceitação de Frida 2 para com a criança, que representa a prova desse relacionamento da filha com um homem parecido com o seu ex-marido. Um homem capaz de fazer com a esposa e a amante, sua filha, todo o mal que o ex-marido fez a ela, do qual ela jamais se recuperou, por isso ela sofre e entra em conflito com a filha, tentando ignorar a presença dessa neta.

Na décima primeira sessão, ao chegar ao ambulatório, Frida 2 informou que estava muito bem. “Que bom” exclamo. “Você me parece bem mesmo”. “As coisas com sua filha estão melhores?” “Sim”, respondeu ela. “Não tem jeito, ela desistiu mesmo de fazer o aniversário da menina”. “Então qual o motivo de tanta animação?” Perguntei depois de certo silêncio. Ela riu muito e disse que ia namorar naquele dia, por isso estava animada. Brincando, comentei: “Ah, finalmente uma notícia boa! Ela me interrompeu, dizendo: “ninguém é de ferro, não é?”

Mas na sessão seguinte chegou novamente com dores intensas e comentou: “estou passando mal de dores, mas também tive uma briga séria com meu cunhado e, desde lá, estou em crise e forte”. “Depois dessa briga me subiu uma quentura no corpo, já começou a dor de cabeça me incomodando, aí quase eu não levanto no dia seguinte.” Explicou Frida 2. Mesmo com todo o esforço para aliviar os sintomas, ao final da sessão Frida 2 estava muito dolorida.

Orientei-a para que ao sair do ambulatório passasse no serviço de pronto atendimento para medicação, para tentar evitar a evolução da crise.

Para efeito desta pesquisa consideramos os depoimentos de Frida 2 até a décima sexta sessão, pois já observávamos certa saturação do discurso. Os sintomas passaram a ser mais contornáveis, embora raramente ausentes e sempre desencadeados por conflitos familiares. A paciente ainda continuou sendo atendida no ambulatório por mais dois meses, recebendo alta do acompanhamento semanal e retornando ao ambulatório mensalmente para acompanhamento da regressão do quadro e da fase de inter crise. A completa remissão dos sintomas não foi alcançada.

Frida 3

Há cerca de dois anos, começou a sentir dores em diversas regiões do corpo. Na mesma época, procurou o médico que não deu muita importância ao fato e sugeriu uma medicação que, segundo ele removeria a dor. As dores não melhoraram, então Frida 3 começou a procurar diversos médicos, mas nenhum deles conseguiu acertar no diagnóstico. Tomou diversos remédios que apenas aliviavam, momentaneamente, as dores e algumas vezes nem isso era obtido.

Pedi que ela descrevesse como eram as dores. Segundo ela, no início, a sensação era de um “inchaço”, acompanhada de dores nos braços. Continuei estimulando que falasse e ela acrescentou que, no início, as dores eram maiores no pescoço (apontou a região cervical) e nos ombros (ela passou a mão para mostrar a região dos músculos trapézio e supra espinhoso). Referiu que naquela ocasião, as dores oscilavam de intensidade: “no inicio eram maiores, ou me acostumei a elas, não sei”. Suas dores se concentravam principalmente nos membros superiores, na região cervical, no trapézio, região lombar e glútea bilateralmente. O joelho, diferente de no começo, raramente doía. Nos membros superiores e ombros as dores eram de igual intensidade, enquanto nos outros pontos prevaleciam as do lado esquerdo. Considerou que os sintomas já foram bem piores no início dos problemas e que “hoje dói menos”.

Na primeira sessão, após a sessão de avaliação, chegou ao serviço, relatando estar bem. Apresentava poucas queixas comparadas com a sessão anterior. “Apenas dor de cabeça e náusea”. Responde ela. Relembrei-a da referência, na primeira sessão, à dor de cabeça. “São

tantas dores que até esqueço às vezes de algumas”. Retrucou ela. Durante a conversa queixou-se também de dor na região glútea. Indaguei-a se sempre sentia essa dor e ela justificou que poderia ter sido por que na sessão passada ficou deitada de “barriga pra cima” coisa que não costumava fazer, justamente por considera essa posição desconfortável (na sessão anterior a paciente ficou deitada em decúbito dorsal por cerca de vinte e cinco minutos para um exercício de alongamento e relaxamento).

Diante dessa queixa, perguntei se durante a sessão passada, enquanto estava deitada sentiu algum desconforto que não me falou. Ela negou, como negou também quando quis saber se a dor apareceu logo depois que saiu da sessão. Segundo a paciente a dor havia começado no dia anterior à consulta, junto com a dor de cabeça.

Insisto em saber o fator desencadeante da dor: “Aconteceu mais alguma coisa antes da dor, digo, ficou em casa na mesma posição? Novamente nega e disse que não costumava ficar naquela posição por não gostar. “E em casa aconteceu algo?” Ela, então, me responde: “Só uma pequena discussão”. “Com meu marido, por causa de bebida”.

No início da sessão seguinte ela comentou estar muito bem: “Há muito tempo não ficava uns dias sem dor. Estou até dormindo melhor... dormi muito bem na noite depois da última sessão.” Perguntei se não sentiu dores decorrentes dos alongamentos ou da posição em que ela ficou mais uma vez (ficou mais uma vez algum tempo em decúbito dorsal) e nem isso a incomodou.

Na seqüência de sessões Frida 3 chegou ao ambulatório referindo não estar bem. “Não estou bem, muitas dores nos ombros, costas e braços, além de muita dor de cabeça”. “Mas você saiu muito bem na última sessão, inclusive animada com a possibilidade do despacho da juíza para o caso do seu marido”, comentei. De imediato respondeu: “Pois é saiu o despacho e foi positivo para ele. Ele vai ser inocentado”. Observei que estava feliz com a notícia e que isso era um motivo para comemoração. Confirmou sem nenhum entusiasmo e ficou em silêncio por alguns minutos.

Quebrei o silêncio perguntando desde quando ela teve a piora e ela respondeu que se iniciou há três dias. Indaguei se lembrava de ter feito algum esforço ou ter tido algum estresse antes. “Sim. Ele resolveu beber para comemorar e criou problemas... mas pelo menos ele está feliz com o resultado”. Essa passagem mostra bem o deslizamento da dor do físico para o psíquico, pois lhe pergunto da dor física e ela me responde com problemas com o marido. Vê-se que a suas dúvidas quando a inocência do marido permanecem, pois atribui o estado de felicidade somente a ele.

Surpresa com a resposta, eu comentei: “Não estou entendendo, isso é um motivo de estresse, para você?” Pergunto. E ela me responde: “É que ele ainda não vai voltar a trabalhar. Pediu para voltar só no final do mês e a tenente, que gosta muito dele, autorizou”. E reiterei a pergunta que mais uma vez foi negativa. “Queria que ele voltasse logo, não quero mais ele em casa bebendo... (silêncio) Ele disse que não podia voltar ainda, pois não pode portar arma nem andar fardado...” (outro longo silêncio...) “E ainda pediu a tenente pra mudar de quartel enquanto está pagando passagem, passando para um quartel bem perto de casa.” Eu perguntei se não seria melhor ele em um quartel mais perto. Respondeu-me que não, pois para ela “quanto mais longe ele estiver das amigadas de perto de casa melhor, pois assim ele bebe menos”.

Na sessão seguinte a paciente chegou sem queixas de dores, mas referiu ter tido grande crise no domingo. Questionei se havia acontecido algo de diferente no domingo. Mais uma vez Frida 3 se referiu a problemas de relacionamento familiar. Houve uma grande discussão envolvendo a filha e o filho e o marido se meteu no problema e isso a estressou demais.

Mais uma sessão em que a paciente chegou ao serviço bem, com poucas queixas. Perguntei desde quando ela estava sem dores. Observou a paciente que a partir do último atendimento ela melhorou muito. Durante o atendimento procurei saber sobre a situação dos filhos e ela me respondeu que já estava tudo bem, que “eles já fizeram as pazes”.

Conseguimos trabalhar com uma seqüência de exercícios sem que Frida 3 reclamasse de dor. Ao final da sessão ela comentou que estaria pensando em iniciar a caminhada que eu a havia recomendado e perguntou o que eu achava disso. Encorajei-a pela iniciativa e recomendei que ela começasse com muita cautela para não desencadear uma crise.

Novamente chegou à sessão sentindo-se muito bem. Fez a caminhada que havia planejado, seguindo minha recomendação e se sentiu melhor. Achou que ia ficar dolorida, mas “por incrível que pareça” ficou bem.

Após oito dias sem queixas álgicas, voltou Frida 3 a referir dores. Indaguei o que aconteceu. Observou que há três dias que não conseguia dormir bem. Insisti em saber o porquê e ela respondeu: “É que meu marido está me acordando muitas vezes durante a noite dizendo que eu estou roncando demais” (ela riu muito disso, mas percebi certo constrangimento). Continuei a conversa perguntando se ela sempre roncou. Ela falou que não: “eu não roncava antes, mas não sei o que é, há uma semana estou roncando demais, além disso, como estava cansada por causa da noite sem dormir bem, não fui caminhar”.

Ao final dessa sessão, enquanto conversávamos percebi, ao tocar na região entre as escápulas, uma área onde a pele estava excessivamente aderida e ela reclamou que ali “dói demais e diferente”. Como diferente? Perguntei. Comentou, então, que quando eu toco nesse local ela sente “uma queimação muito forte que ‘corre’ pela pele e dói demais”. Trabalhei sobre essa área com manobras de liberação tecidual e rolando a pele com massagem do tecido conjuntivo²⁰. Durante a realização dessa manobra ela se queixou de uma dor muito forte, mas pediu que eu continuasse. Perguntei por que ela queria continuar a manobra já que estava sentido tanta dor. Expliquei que não devíamos trabalhar exacerbando a dor, pois isso aumentaria, ainda mais, a tensão muscular. Ela retrucou dizendo: “mas essa dor é boa, a dor da massagem é gostosa”. “Por que você acha essa dor boa?” Pergunto. “Essa dor é gostosa por que espalha a ‘quentura’ que eu sinto. Aí diminui a dor ruim, a dor que eu sinto sozinha”.

Anteriormente já havíamos explorado essa questão, do manuseio corporal como fonte de prazer e nesse aspecto cabe aqui, mais uma vez, realçar o gozo na dor. Frida 3 diferencia que existem, nessa situação, duas dores distintas: a dor do sofrimento fibromiálgico, que “é ruim” e solitária e a dor desencadeada durante a massagem. Esta última tem como característica decorrer do toque do outro. Nesse sentido, a dor sofrida por Frida 3 estar sempre referida a um outro – no caso o marido -, e é pela via do toque do outro que ela ressignifica a dor, transformando-a em experiência de prazer, ou seja, a “boa dor” da palpação, do manuseio e da massagem.

Tal qual um bebê que erotiza seu corpo pelo toque da mãe, parece que nas pacientes fibromiálgicas, as manobras físicas de apalpação dos pontos dolorosos funcionam também com uma erotização do corpo, o que justifica, de certo modo, que sempre saiam das sessões sem queixas álgicas. As dores são reduzidas quando conseguem encontrar outros caminhos de obtenção de prazer, como tivemos oportunidade de perceber também em Frida 2.

Ao término dessa sessão voltei a perguntar como ela estava e ela afirmou que melhor do que quando chegou, mas ainda um pouco dolorida. Preveni-a de que talvez naquele dia ela sentisse dores na região trabalhada, pois ao massagear a pele fica um pouco machucada. Recomendei que se isso acontecesse poderia colocar compressas mornas. Ela retrucou dizendo: “mesmo que doa mais tarde eu gostei dessa fisioterapia de hoje”. A dor desencadeada por minhas manobras não a angustia e ela não se incomoda de sentir, o que nos leva a deduzir tratar-se de prazer, havendo inclusive o reconhecimento e uma aceitação dessa dor que é gostosa.

²⁰ A massagem do tecido conjuntivo é um tipo de abordagem da terapia manual onde buscamos realizar uma prega cutânea e com isso estimular a produção de colágeno, e liberar aderências do tecido conjuntivo.

Na sessão seguinte ao ser interpelada sobre como se sentia naquele dia, ela animadamente respondeu: “só doeu um pouco na sessão passada na hora de dormir, e desde lá não dói”. Mostrei meu contentamento e ela completou: “se quiser dar aquela espremida da semana passada pode dar, dói na hora, mas achei que alivia muito depois”. Demanda, assim, que eu continue a transformar sua vivência dolorosa em prazer.

Depois de ausente por uma semana Frida 3 retornou à fisioterapia. Perguntei a razão já que não era comum ela faltar sem justificativa. Percebi que estava muito nervosa. Começou dizendo que faltou toda a semana passada porque havia acontecido uma coisa muito séria. Enquanto tentava expor os acontecimentos, mostrava o rosto transtornado e com os olhos marejados de lágrimas. Fiquei preocupada. “Não viu nos jornais?” Indagou ela. Respondi que não tinha tido tempo de assistir ao noticiário antes de vir ao ambulatório. Continuando, ela nem soube direito o que fazer, nem como dizer, mas que o resultado do julgamento saiu e foi negativo para todos. “Ele foi condenado junto com os outros quinze²¹ a perder a farda²² e pode ser preso a qualquer momento.” Continuou falando e chorando ao mesmo tempo: “Minha semana foi uma loucura, quando ele soube pensou em fazer uma besteira, saiu de carro a toda velocidade, tirou dez minutos num trajeto que normalmente fazemos em quarenta.” Solidarizei-me com ela e a indago se ele não poderia recorrer da decisão. Ela disse que eles já entraram com um pedido para o desembargador.

“Quando isso aconteceu?” Perguntei. “A senhora não viu nos jornais? Saiu em tudo quanto foi televisão. A mãe dele passou mal, foi um choro danado lá em casa, ele disse que ia fugir, não ia sair de casa preso, não queria os filhos dele vendo isso.” Quis saber sobre o desfecho e ela explicou que o advogado responsável pelo caso disse que não tinha mais jeito e ficou pressionando a juíza para dar a sentença, que julgou todos culpados.

Estava muito nervosa e comentou que até “se esqueceu da dor de tanto problema que está”. Segundo a paciente, eles constituíram outro advogado que os acalmou, dizendo que nem tudo estava perdido. “Ele pode ainda recorrer da decisão, e fizemos isso. O novo advogado é do sindicato da polícia então não vamos mais pagar tudo que o antigo advogado pediu”.

Nessa sessão só trabalhamos com procedimentos de analgesia, ela estava sem condições de alongar e achei que, na verdade ela só foi ao ambulatório para conversar sobre o que aconteceu. As costas e o antebraço estavam muito edemaciados e com áreas de hiperemia

²¹ O marido foi acusado de tortura junto com outros quinze policiais militares, e estava respondendo inquérito policial militar, na corregedoria de polícia.

²² Essa expressão é usada quando o policial militar vai ser excluído da corporação, e por esse fato vai deixar de ter porte de arma e vai ser tratado como um preso comum, caso esteja respondendo a inquérito policial militar.

em placas que cobriam o dorso, entre as escápulas e os antebraços, bilateralmente, sendo maior a dor á direita.

Ao final da sessão comentou que nem sabia o que estava sentindo direito, mas que sabia que precisava ser forte naquela hora para apoiar o marido naquele momento difícil. Eu concordei e pedi que tentasse manter a calma, pois apesar de ainda não estar sentindo nada, poderia entrar em crise.

Com relação a essa diminuição de sintomas associada a um fato traumático precisamos fazer uma consideração. O esperado seria que diante de um fenômeno estressor desse porte os sintomas se exacerbassem, porém como já abordamos no capítulo dois é relativamente comum esse acontecimento na síndrome, os sintomas regredirem depois de um grave acontecimento traumático, ou de um fato que exija uma mudança de vida. Nesse caso poderíamos levantar ainda que a dor e sofrimento da família seriam maiores e isso abafaria sua dor individual. Assoun (1996), comenta que uma situação traumática muito forte pode anular ou curar a neurose, porque todo o investimento pulsional se direciona para a defesa do traumatismo. O interessante nesse caso é que a dor era proporcional à satisfação do marido. Quando ele passou a ficar desesperado ela se aliviou da dor, pois quem sofre é o marido.

4.5. Comorbidades na Síndrome Fibromiálgica

Além da dor, sem dúvidas o maior e mais incapacitante sintoma da síndrome, outras queixas são marcantes na fibromialgia. Nesse sentido categorizamos os relatos que despertam queixas relacionadas a outras comorbidades presentes na síndrome fibromiálgica e suas interfaces com a psicanálise. Relacionando esses transtornos com a ansiedade e a depressão, observamos o seguinte relato: Pergunto quantos dias Frida 3 caminhou e ela me responde que desde a sessão passada tem andado em dias alternados. Indago: Você foi só? Ela responde que sim. Eu digo que é melhor que ela caminhe no próprio ritmo, por isso evite caminhar com outras pessoas enquanto não está muito condicionada. E completo: você pode aproveitar esse tempo pra pensar um pouco em você. Ela fica em silêncio um tempo e me fala: “isso é uma coisa que eu não faço, pensar só em mim, sempre eu estou pensando nos problemas do marido, dos filhos...”. Eu falo que esse é um dos exercícios que ela vai fazer enquanto caminha, pensar sobre ela mesma, além dos exercícios respiratórios que eu iria ensiná-la.

Na seqüência da sessão ensino os exercícios e ela diz que não sabia que respirava tão mal. Eu complemento dizendo que a maioria das pessoas não sabe respirar corretamente e que ela deve se concentrar para trabalhar isso durante a caminhada para oxigenar o corpo e não ficar com os músculos tão tensionados. Ela diz que uma coisa boa da fisioterapia é que hoje em dia ela consegue perceber quando está muito tensa, e tenta relaxar. “Antes nem sentia nada, não sabia de nada, estou descobrindo muita coisa sobre mim mesma...”, eu complemento que isso é bom. Nós todos deveríamos exercitar esse olhar para nós mesmos. Talvez a instalação da dor no corpo fosse a maneira de ela sentir-se e se fazer olhada, apalpada. Os sofrimentos decorrentes dos traumas vividos são fluidos, impalpáveis, já as dores do corpo têm consistência. Assoun (1998) utiliza a expressão “o remédio orgânico da neurose” (p. 63) para se referir à possibilidade da instalação de uma doença orgânica minimizar os efeitos de uma neurose. E destaca ainda que o sintoma somático nada mais é que um “pensamento do corpo, pensamento que surge neste e que se denomina ‘fantasma’. Ou mais precisamente: ‘pensamente’ sugerido ao corpo pelo fantasma” (p.79). Mas que, ao se manifestar no corpo, perde o caráter de subjetividade (ser *etéreo*), tornando-se concreto, visível e palpável.

Em Frida 3 esse relato se faz a partir da programação para alta, cujas queixas físicas se encontram menos exacerbadas e quando regridem, têm boa evolução. Ela percebeu, durante o decorrer das sessões, que a ansiedade e a auto-cobrança, eram fatores desencadeantes da síndrome e que precisava aprender a lidar com esses fatores estressantes sem descarregar a tensão sobre o corpo.

Outro sintoma muito relatado na literatura sobre FM é o transtorno do sono e a fadiga. Frida 3 já estava sem queixas dolorosas há oito dias e chegou ao ambulatório queixando-se do retorno dos sintomas álgicos devido a noites mal dormidas. Pergunto o porquê da insônia e ela me fala que não é exatamente uma insônia; ela vem sendo acordada pelo marido por conta do seu ronco.

Depois de um tempo a paciente completa: “estou roncando muito alto, não sei o que é isso, meu marido disse que não vai mais dormir na cama comigo, vai dormir com meu filho. Ele me acorda sempre para que eu mude de posição, e pare de roncar”. “Não sei mais o que eu faço, eu acho que é por causa do refluxo”, nesse momento ela vira e me pergunta: pode ser do refluxo? Eu respondo que poderia ser o refluxo ou apnéia. Ela pergunta o que é isso e diz: “mais uma doença, não doutora, por favor”, completando a frase com muito riso.

Eu explico sobre a apnéia e peço que ela procure um médico. Falo que existem muitas causas para o ronco e que ela precisa investigar o fato. E também tratar. Ela pergunta: “existe tratamento para o ronco?” Eu respondo que sim, e às vezes é simples.

Durante a sessão enfatizo que é importante para ela manter a regularidade da caminhada, e também dormir bem, já que é característica da patologia essa irregularidade do sono, mas que ela precisa se empenhar para manter o sono reparador, ou ela terá ainda mais fadiga. Ela completa que isso “é uma coisa que eu sinto demais”, muitas vezes se sente cansada desde o acordar. Segundo Teixeira (2003) a fadiga e o distúrbio do sono podem apresentar causas multifatoriais. A citação a seguir esclarece sua posição:

A fadiga, assim como a dor, pode ser fraca, moderada ou forte, ser decorrente de esforço físico, mental ou estresse emocional. Pode estar relacionada ao sono não restaurador, falta de condicionamento físico, disfunção do eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal e deficiência do hormônio do crescimento.

Os problemas de sono são decorrentes da intrusão de ondas alfa nos estágios 3 e 4 do sono, quando não há movimentos dos olhos ou atividade muscular. Nessas fases o cérebro produz ondas delta e acontece a produção de 80% hormônio do crescimento, cuja função é de restaurar e regenerar a musculatura. Essa intrusão impede o sono profundo e restaurador, acarreta cansaço, fadiga ao acordar e sonolência durante o dia, além de problemas de memória e de concentração. Há ligação entre o aumento da dor, diminuição da qualidade do sono, fadiga posterior e estado depressivo. (Teixeira, 2003. p. 26).

Abstraindo as alterações fisiológicas do ronco e prestando atenção ao discurso podemos indagar: o que vem a ser o ronco da paciente? O que estará refluindo no sonho da paciente? O marido não quer mais dormir com ela. O fato de pensar ser mais uma doença provoca riso, pois com esta nova doença consegue por o marido à distância. Não parece um problema para ela, e chega a provocar riso (gozo), a possibilidade de mais uma doença, que vai exigir mais atenção, assim como o ronco que afasta o marido.

Além da ansiedade e depressão, dos distúrbios do sono e fadiga, outro sintoma marcante é a contratura muscular. Na literatura e nas três Fridas observamos uma hipertonia muscular associada à dor. Para ilustrar destacamos os trechos de um discurso de Frida 3 em que esse transtorno é mais notado. Durante um atendimento, posterior a uma grande crise com presença de contratura, peço para observar a área e não percebo mais a textura da semana anterior. Comento que a área realmente se encontra menos tensionada e ela me diz muito empolgada que “está muito feliz também porque o parecer definitivo da juíza vai sair, mesmo, na próxima semana e o advogado disse que está muito bom para ele”. E completa: “é por isso que os músculos amoleceram, por que tive uma notícia boa”. Nesse relato percebemos a associação estabelecida pela paciente entre o endurecer muscular e os problemas, assim como

a diminuição do tônus, o amolecimento muscular está condicionado à solução das dificuldades.

Para finalizar a relação com as outras comorbidades podemos destacar os relatos referentes aos sintomas digestivos. As Fridas 2 e 3 apresentam tais sintomas. Frida 2 sente dores para deglutir. Num determinado momento da sessão ela explica: “quando estou na crise mesmo fecha tudo na minha garganta, não consigo engolir e sinto vontade de vomitar, até falar é complicado”. Ambas também referiam sensação subjetiva de edema na garganta e freqüentemente apresentavam-se roucas nas sessões.

Em uma outra sessão, depois de um intervalo de cerca de quinze dias sentindo-se muito aliviada dos sintomas, Frida 2 volta a queixar-se, dizendo que não estava muito bem naquele dia. O que aconteceu? Pergunto. Ela diz: “Estou com dores desde o domingo... Pode ser coisa da minha cabeça, mas foi depois de ter comido uma pimenta”. Como assim? Indago. “É a segunda vez que isso acontece, pimenta me faz mal”. Você está sentindo o que exatamente? “Dor nos ombros e costas”, responde ela. Continuo a conversa perguntando se ela está sentindo dor de estômago ou azia e ouço Frida 2 responder que não, só dor no ombro e coluna.

Faço silêncio por um segundo e completo o raciocínio dizendo: por que você acha que foi a pimenta que te deixou com dores nas costas? E a paciente me responde: “não tenho certeza se foi a pimenta, mas é a segunda vez que tenho dores depois de comer pimenta...” Ela pára, pensa, e diz: “ Não tinha mais pimenta em casa depois que ele saiu (se referindo ao ex-marido), já por causa disso, pimenta nunca me fez bem”. Continuo dizendo que não sei por que ela comeu a pimenta se achava que ia fazer mal; ela riu e me disse: “Sei lá, estava tomando sopa e deu vontade, gosto muito de pimenta sabe, mas você acha que pode ser a pimenta?” Acho pouco provável, respondo. Digo para ela que a pimenta poderia ter dado uma dor no estômago ou na garganta, mas não na região lombar ou nas costas. Que representação tem a pimenta para Frida 2? Não tinha mais pimenta em casa depois que o marido saiu. Assim, o calor do corpo do marido queima no seu pela ingestão da pimenta. A pimenta do marido não lhe fez bem, mas ela gosta muito de pimenta. Apesar do esforço de tentar ignorá-lo, inclusive não dizendo seu nome, ele retorna pela memória corporal.

Frida 3 também apresenta queixas relacionadas ao sistema digestório. Sempre se queixava de queimação na garganta, azia e refluxo, com já citamos nas histórias clínicas. Em uma determinada sessão ela diz que vai investigar os problemas digestivos e aproveita para informar que vai se atrasar ou talvez não compareça à próxima sessão, já que tem uma endoscopia (justamente por causa do refluxo) marcada para o dia da sessão.

Na sessão subsequente ela me informa que fez a endoscopia e que o exame não deu nada de anormal. E pergunta: “Será que isso é da doença, da fibromialgia?” Respondo que essa queimação não é relatada como um dos sintomas, mas que existe uma comorbidade, chamada síndrome do intestino irritável que vem acompanhada de intolerância alimentar e já foi correlacionada com a FM.

Ela passa alguns segundos em silêncio e continua: “e eu vou sentir isso até quando? Nunca vou me livrar disso não, é?” Explico que como eu já falei algumas vezes a fibromialgia é uma doença crônica e que oscila de intensidade e que nesse caso não falamos de cura e sim de controle.

Ela me interrompe e diz: “Acho que o que sinto no estômago é da doença. Só pode ser, é a mesma queimação do corpo.” E continua perguntando: o refluxo pode ser emocional? Eu respondo positivamente. Ela completa que já teve problemas de estômago antes, mas sempre eram vistos na endoscopia. E que agora apesar de apresentar constantemente o refluxo, os exames nunca apresentam nenhum resultado alterado.

Parece que o refluxo e aquilo impossível de engolir é a inocência do marido, a violência contra o outro, a inabilidade para lidar com os problemas familiares, os problemas de alcoolismo do marido.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse em fazer uma reflexão psicanalítica sobre as dores corporais na fibromialgia surgiu da minha prática clínica com pacientes diagnosticados com essa patologia. Na realidade surgiu da dificuldade de dar conta e compreender sintomas dolorosos que, embora localizáveis fisicamente, não se restringiam ao universo físico do corpo. Ao atender pacientes fibromiálgicas com sessões de manipulação, percebi que as dores apresentadas por elas refletiam o mal-estar decorrente de suas histórias de vida. Diante disso ousei percorrer um caminho pouco familiar para quem foi formado numa tradição médica, qual seja, o da psicanálise. Aos poucos fui verificando que tal referencial forneceria subsídios importantes e decisivos para reposicionar minha clínica. Assim, passei a escutar a dor além de manipulá-la. Isso significa dizer que passei a estimular o discurso e a ficar mais atenta ao que era verbalizado durante as sessões. Esta pesquisa foi o resultado da escuta de três casos de mulheres portadoras de fibromialgia acompanhadas terapêuticamente durante 6 meses.

No decorrer do trabalho, durante a coleta e interpretação dos dados pelo viés psicanalítico, paulatinamente, observamos o fosso que separava as duas disciplinas - a fisioterapia (literalmente tratamento do corpo físico) e a psicanálise (tratamento do psiquismo) -, se estreitando. Se no início observávamos certa distinção entre esses dois campos (soma e psiquismo), representados cada um por sua área de trabalho específica, gradativamente essa divisão passou a não ter mais sentido, não só do ponto de vista conceitual, como do ponto de vista clínico.

O contato com a teoria freudiana não só ampliou a compreensão dos sintomas dolorosos da fisioterapia, ampliando as potencialidades terapêuticas, como mudou radicalmente a minha clínica, pois marcou, irreversivelmente, a minha forma de “ausculta”. Como terapeuta manual, já percebia, empiricamente, a influência das manobras realizadas sobre os tecidos (pele, músculos, fáscias, etc.), mas não havia nas minhas condutas a concepção clara de que manipulando um corpo vivo, irremediavelmente estaria estabelecendo uma relação direta com o psiquismo e menos ainda de que implicações poderiam advir desse ato.

Significa dizer que se antes enxergávamos um organismo biológico, hoje podemos ver o corpo na sua dimensão pulsional, atravessado pela linguagem e local de inscrição de

desejos. Corpo marcado, profundamente, em cada traço, retração ou contratura por uma história, local onde, por vezes, o sintoma se manifesta.

A afirmação de Fernandes (2003), de que a realidade biológica serve de expressão para a realidade psíquica saudável, assim como para a patológica, se fez perceber também nos discursos, na dor física e nas alterações do tônus e edema observados quando algum acontecimento traumático ocorria na vida da paciente e ela não era capaz de dar conta. Nos três casos o estado de ruptura da vida conjugal se constituiu em fonte de dor e essa dor, por sua vez, influenciou outras esferas da vida de cada uma dessas mulheres impedindo-as de cuidar da casa, dos filhos, do marido, do emprego e de si mesmas, retro-alimentando o estado de ansiedade, frustração e angústia, por conseguinte, desencadeando mais queixa algica.

Deixando-se manipular e falando as pacientes foram compreendendo as vinculações existentes entre os sintomas e suas vivências diárias. O sintoma de dor cede e consegue distinguir entre a boa dor e a dor ruim, ou seja, a que realmente incomoda daquela mais afeita ao masoquismo e ao prazer. Para Frida 3 a dor produzida pela massagem do ponto dolorido é uma “dor gostosa porque espalha a quentura e diminui a dor ruim”, a dor que ela sente sozinha. A dor partilhada assume uma outra dimensão e erotiza. Quando eu “achava” a dor de Frida 2, ao pressionar um ponto no músculo trapézio, a dor sempre aliviava, experiência semelhante das outras duas Fridas ao serem manuseadas. Achar a dor significava achar o ponto de metamorfose para o prazer. Era também a possibilidade de dar crédito à sua dor, de torná-la algo concreto, realmente físico, visualizável, palpável, esperando que seu sofrimento fosse passível de reconhecimento. Como cita Anzieu (1989) “a massagem se tornava uma mensagem” (p. 44) e a dor um apelo ao outro. A perspectiva de dividir a dor comigo tornava-a uma dor boa, enquanto a ruim era vivida na carência do outro.

Além das questões relativas à dor, outro ponto merece um comentário: a vida sexual dessas pacientes. Apesar de raramente entrarmos nesse mérito durante os atendimentos, o tipo de vida que cada uma levava, com o distanciamento físico entre as mulheres e seus parceiros, provocado por motivos diversos, sugerem uma limitação da atividade sexual. Em Frida 1 a separação é geográfica, ela só encontra o marido a cada quinze dias e esse intervalo é considerado positivo para ela, que não gostaria de maior aproximação com ele. Frida 3 convive não só com o marido, mas com as dúvidas que pairam sobre ele. Ao ser questionada sobre inocência dele no caso da “tortura”, ela externa sua desconfiança no relato: “eu não sei do que ele seria capaz, mas diz que é inocente”. Já Frida 2 tem um namorado, mas o mesmo é casado e por isso o relacionamento é secreto. Parece também que esse segredo a “protege” de uma maior convivência com ele, evitando que ela exerça sua sexualidade na plenitude. Três

histórias de vida nas quais parece haver um deslocamento dessas limitações para sintomas corporais. Freud (1886, p. 338) comenta que nos casos tanto de fenômenos conversivos, como de psicossomáticos “os sintomas se originam da libido, e constituem, portanto, empregos anormais da mesma; são satisfações substitutivas”, portanto, a fisioterapia poderia funcionar como lugar de suplência, ampliando sua eficácia não só através do estímulo tátil, gerado pelo manuseio terapêutico durante a sessão, como ao estímulo da fala.

Outro ponto de realce entre os casos que merece um adendo é que em duas pacientes os sintomas se iniciaram a partir da perda repentina da mãe. Nessas circunstâncias a separação definitiva da mãe, se comporta como condutora dessas mulheres ao desamparo, à angustia, à falta do outro. Nosso manuseio, associado à conversa, simularia um resgate dessa mãe que em um determinado momento da infância supriu suas necessidades cuidando e erotizando seu corpo, enquanto encharcava seus sentidos táteis, auditivos, visuais e olfativos de carinhos, confortando-as. Esse conforto é percebido nas palavras das Fridas que relatavam: “sempre saio bem daqui”, referindo-se às sessões de fisioterapia.

Esse e outros achados descritos nessa pesquisa sugerem que casos como o da fibromialgia, e poderíamos nos aventurar a dizer que não só nesse caso, mas em outras patologias com interações psicossomáticas marcantes, suscitam uma condução terapêutica integrada. Demonstra-se ineficaz o tratamento que utiliza apenas uma vertente na sua perspectiva. O trabalho terapêutico nesses casos clama por uma abordagem transdisciplinar, com cada profissional não só realizando suas tarefas cada um a partir do seu próprio viés, mas que todos comunguem dessa visão integrada do ser. Sob o risco de já iniciarem-se fadados ao fracasso, focando a doença e não o doente.

REFERÊNCIAS

Abbagnano, N. (2000). *Dicionário de filosofia*. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Martins Fontes, 1026 p.

Almeida, T. F., Roizenblatt, S., Benedito-Silva, A., & Tufik, S. (2003). The effect of combined therapy (ultrasound and interferential current) on pain and sleep in fibromyalgia. *Pain*, 104, 665–672.

Amaro, T., Martín, M. J., Anton Soler, P., & Granados, J. (2006). Fibromialgia: Estudio de la calidad de vida antes y después del tratamiento psicológico. *C. Med. Psicosom*, 79/80.

Andrade, S. C. de, Carvalho, R. F. P. P. de, Soares, A. S., & Vilar, M. J. (2008, março/abril). Benefícios da talassoterapia e balneoterapia na fibromialgia. *Rev. Bras. Reumatol.*, 48(2), 94-99.

Anzieu, D. (1989). *O Eu-Pele*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Araújo, R. L. (2006, janeiro/fevereiro). Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 56-60.

Araújo, R. D. H. de. (2007). *A constituição do eu corporal em sujeitos cegos de nascença*. Dissertação (Mestrado de Psicologia clínica) - Departamento de Psicologia, Centro de Teologia e Ciências Humanas, UNICAP, 2002.

Assoun, P-L. (1998). *Cuerpo y sintoma*. Tradução Horácio Pons. Buenos Aires: Nueva Visión.

Ávila, L. A. (2002). *Doenças do corpo e doenças da alma*. São Paulo: Escuta, 248 p.

Ávila, L. A. (2002). *O Eu e o Corpo*. São Paulo: Escuta, 208 p.

Birman, J. (2003). *Estados Gerais da Psicanálise: corpos e formas de subjetivação em psicanálise*. Segundo Encontro Mundial. Rio de Janeiro.

Blackburn, S. (1997). *Dicionário Oxford de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 438 p.

Bombana, J. A. (2006). Sintomas somáticos inexplicados clinicamente: um campo impreciso entre a psiquiatria e a clínica médica. *Bras. Psiquiatr.*, 55(4), 308-312.

Bonadio, P., Gialluisi, P. M. M., & Rehder, M. I. B. C. (2006, abril/junho). Investigação fonoaudiológica em portadores de fibromialgia. *Rev. CEFAC*, 8(2), 178-85. São Paulo.

Bozal, F. F., & Iranzo, À. C. (2002). Actualización en el tratamiento de la fibromialgia. *Temas de Hoy*, 335-340. Valencia.

Brasio, K. M., Laloni, D. T., Fernandes, P. Q., Bezerra, T. L. (2003, outubro/dezembro). Comparação entre três técnicas de intervenção psicológica para tratamento da fibromialgia: treino de controle do stress, relaxamento progressivo e reestruturação cognitiva. *Rev. Ciênc. Med.*, 12(4), 307-318. Campinas.

Bressan L. R., Matsutani, L. A., Assumpção, A., Marques, A. P., & Cabral, C. M. N. (2008, março/abril). Efeitos do alongamento muscular e condicionamento físico no tratamento fisioterápico de pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(2), 88-93. São Carlos, SP.

Carmo Fernandes, A. M. (2003). *Representação social da dor por doentes de fibromialgia*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Cavalcante, A. B., Sauer, J. F., Chalot, D., Assumpção, A., Lage, L. V., Matsutani, L. A., & Marques, A. P. (2006). A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. *Rev. Bras. Fisioter.*, 46(1), 40-48. São Carlos, SP.

Cerqueira Leite, A., & Pereira, M. E. C. (2003). Sofrimento e dor no feminino. Fibromialgia: uma síndrome dolorosa. *Psyché*, 7(12), 97-106. São Paulo.

Cerqueira Leite, A. C. de, Freire, J. G., Pereira, M. E. C., & Assadi, T. C. (2003, janeiro/junho). O menino e o efeito pirilampo: um estudo em psicossomática *Ágora*, 6(1), 99-114.

Collado, A; & Santos, P (2006). Fibromialgia: de la realidad social al entendimiento. *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.*, 53, 1-3.

Costa, J. F. (2004). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond.

Comte, A. (2002). *Discurso preliminar sobre o espírito positivo*. Formato:e-book/PDF. Ed. Ridendo Castigat Mores. Recuperado em 15 de novembro de 2008, de <http://www.ebooksbrasil.org/adobeebook/comte.pdf>

Danziato, L. (2007) O Gozo e o poder: categorias para pensar as políticas de subjetivação contemporâneas. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, 2 (1), 23-24. Recuperado em 15 de agosto de 2009, de <http://www.fundamentalpsychopathology.org/journal/v4-n1/4-2.pdf>

De Marco, M. A. (Colab.) (2003). A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. *Casa do Psicólogo*, 46-50, 2003.

Descartes, René. (2002, janeiro/julho). As paixões da alma. *CienteFico*, 1(1). Salvador.

_____. (1999). *As paixões da alma*. (338 pp.). Ed. Nova Cultural.

Esper, E. M. B; & Neder. M. (2004). O corpo contemporâneo. *Anais da Convenção Brasil Latino América, Congresso Brasileiro e Encontro Paranaense de Psicoterapias Corporais*, Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 1., 4., 9.

Fernandes, M. H. (2003). *Corpo*. São Paulo: Casa do psicólogo, 127 p.

Freud, S. (1905). *Fragmento da análise de um caso de histeria: (o caso Dora)*. Tradução de Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 140 p.

_____. (1893-99). *Primeiras publicações psicanalíticas*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1893). *Sobre os mecanismos psíquicos dos fenômenos histéricos: uma conferência*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1894a) Rascunho E. *Como se origina a angústia*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1894b). *A sintomatologia clínica da neurose de angústia*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1894c). *Sobre os critérios para destacar da neurastenia uma síndrome intitulada “neurose de angústia”*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. III. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1901). *Sobre os sonhos*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. V. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1905a). *Fragmento da análise de um caso de histeria*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1905b). *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1980.

_____. (1914-16). *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1915). *As pulsões e suas viscissitudes*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1916-17). *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1920). *Além do princípio do prazer*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1923). *O Ego e o Id*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1924). *O problema econômico do masoquismo*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1926). *Inibições, sintomas e ansiedade*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XX. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____. (1940[38]). *Esboço de psicanálise*. In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Direção e Tradução de Jaime Salomão. v. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Fulgêncio, L. (2002). A compreensão freudiana da histeria como uma reformulação especulativa das psicopatologias. *Rev. Latinoam. Psicop. Fund.*, 4, 30-44.

García, O. T. (2007, Marzo) Espectro ansioso-depresivo-somatizador, fibromialgia y síndrome de fadiga crônica. *Revision SEMG*, 93, 105-109.

García-Bardón, V. F., Castel-Bernal, B., & Vidal-Fuentes, J. (2006). Evidencia científica de los aspectos psicológicos en la fibromialgia. Posibilidades de intervención. *Reumatol Clin.*, 2(supl. 1), 38-43.

García-Bardón, V. F., Carrascal, I. O., & Monllor, C. A. (2007, Primavera). Tratamiento psicológico grupal en pacientes con fibromialgia. *Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 11.

Hanns, L. A. (1999). *A teoria pulsional na clínica de Freud*. (232 pp.). Rio de Janeiro: Imago.

Helfenstein, M., Jr. (2006). Fibromialgia, LER, entre outras Confusões Diagnósticas. *Rev. Bras. Fisioter.*, 46 (1), 70-72.

Hernández, R. R. A., Viera, M. G., & Bringas, S. J. (2005). *Alteración ortostática en mujeres con fibromialgia*. San Antonio de los Baños, La Habana: Hospital General "Iván Portuondo".

Lionço, T. (2008, janeiro/junho). Corpo somático e psiquismo na psicanálise: uma relação de tencionalidade *Ágora*, 11(1), 117-136. Rio de Janeiro.

López, A. P., Campayo, J. G., Lou, S., & Ibáñez, J. A. (2004). Evaluación psicométrica en fibromialgia. *C. Med. Psicosom.*, 71/72.

Máñez, I., Fenollosa, P., Martínez-Azucena, A., & Salazar, A. (2005). Calidad del sueño, dolor y depresión en fibromialgia. *Rev. Soc. Esp. Dolor.*, 12(8), 491-500.

Marques, A. P. (2004). *Qualidade de vida de indivíduos com fibromialgia: poder de discriminação dos instrumentos de avaliação*. Tese de livre docência, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Marques, A. P., Assunção, A., & Matsutani, L. A. (2007). *Fibromialgia e fisioterapia: avaliação e tratamento*. Barueri, SP: Manole.

Martinez, J. E. Xavier, F. M. de O., André, M. Z., Ramalho, M. V. (2001). Avaliação de parâmetros clínicos de pacientes com fibromialgia após 5 anos de evolução. *Acta Fisiátrica*, 8, 71-74, 2º ano.

Mendes, E. D., & Paravidini, J. L. L. (2007, janeiro/junho). Os significantes da escuta psicanalítica na clínica contemporânea. *Psychê*, (20), 99-116, 11º ano. São Paulo.

Mora, J. F. (2001). *Dicionário de Filosofia*. (Tomo 2, 1628 pp.). São Paulo: Loyola.

Morales, M. R. R. (2006, marzo). Fibromialgia: Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. *Ámbitofarmacéutico*, 25(3).

Munguía-Izquierdo, D., Legaz-Arrese, A., Moliner-Urdiales, D., & Reverter-Masía, J. (2008). Neuropsicología de los pacientes con síndrome de fibromialgia: relación con dolor y ansiedad. *Psicothema*, 20(3), 427-431. Espanha.

Nasio, J.-D. (2008). *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal* (1a ed.). (A. Telles & L. Magalhães, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Obra original publicada em 2006).

Oliveira, M. F., & Camões, C. (2007). Fibromialgia e o síndrome da dor crónica. *Psicologia: O portal do psicólogo*. 1- 21. Recuperado em 17 de setembro, 2007, de http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=A0156&area=d5

Paiva, E. S. (2003, março/abril). Fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 2(43), 112-118.

Pérez Pareja, J., Borrás, R., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., & Gonzalvo, F. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*. Oviedo, 16(3), 415-420.

Pilla, M. L. (2003). *Estados Gerais da Psicanálise: Um novo corpo para a Psicanálise*. Segundo encontro mundial. Rio de Janeiro.

Piqueras Rodríguez, J. A., González, A. E., Linares, V. R., Burón, R. R. García López, L. J., Guadalupe, L. A. O. (2008, março). Ansiedad, depresión e salud. *Suma psicológica*, 15(1), 43-74. Bogotá.

Pinto, M. C. (Colab.) (2007). *Livro de Ouro da Psicanálise* (2a ed.). Ediouro Publicações.

Quartilho, M. J. R. (2004). Fibromialgia: consenso e controvérsia. *Acta Reum. Port.*, 29, 111-129.

Ribeiro Sobrinho, D. G., Roizenblatt, S., Lopes, A. C., Teixeira, R. C. A., & Tufik, S. (2008, janeiro/fevereiro). Estudo da capacidade de manter o alerta em pacientes com fibromialgia por meio do teste da manutenção da vigília. *Rev. Brás. Reumatol*, 48(1), 1.

Riberto, M., & Pato, T. R. (2004). Fisiopatologia da fibromialgia. *Acta Fisiatr.*, 11, 78-81, 2º ano.

Rocha, F. A. C., & Xavier, R. M. (2008, janeiro/fevereiro). Reumatologia 2008. *Rev. Bras. Reumatol.*, 48(1), 1.

Santos, A. M. B., Assumpção, A., Matsutani L. A., Pereira, C. A. B., Lage L. V., & Marques, A.P. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Fisioter.*, 10(3), 317-324. São Carlos, SP.

Slompo, S. M. T. K., Bernardino, L. M. F. (2006, junho). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo “fibromialgia” e o quadro clínico “histeria” descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2, 263-278, 9º ano.

Sociedade Brasileira de Reumatologia (2004). Fibromialgia. *Projeto Diretrizes*. Recuperado em 24 de julho, 2007, de <http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/fibromialgia.pdf>.

Souza Leão, M. C. de. *A dor como metáfora da unidade: o diálogo analítico entre o corpo e a psique*. 2002. Dissertação (Mestrado de Psicologia clínica) - Departamento de Psicologia, Centro de Teologia e Ciências Humanas, UNICAP, 2002.

Suassuna, D., Barros J., Azevedo, A., & Sampaio, J. (2005, janeiro/abril). A relação corpo–natureza na modernidade. *Sociedade e Estado*, 20(1), 23-38. Brasília.

Teixeira, L. C. (2006, maio). Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Journal of Fundamental Psychopathology on line*, (1), 6º ano.

Villarraga, A. R. Castellanos, A. L. Z., Anaya, J. M., & Tamayo, R. P. (2005, diciembre). Predictores de calidad de vida en pacientes con fibromialgia. *Revista Colombiana de Reumatologia*, 12(4), 295-300.

Weidebach, W. F. S. (2002). Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. *Revista da Associação Médico Brasileira*, 48(4), 275-296. São Paulo.